



**ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE DE ENSINO SUPERIOR E TÉCNICO**  
**BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**IMAGEM E AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPES**  
**MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE**

**PÂMELLA TORRES DE DEUS**

**CARUARU**  
**2015**

**ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE DE ENSINO SUPERIOR E TÉCNICO**  
**BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**IMAGEM E AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPES**  
**MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE**

**PÂMELLA TORRES DE DEUS**

Monografia de Conclusão de Curso, apresentada à Faculdade Asces, como requisito parcial, para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sob orientação da Professora Doutora Josinês Barbosa Rabelo.

**CARUARU**  
**2015**

## **BANCA EXAMINADORA**

**Aprovada em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Presidente: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Josinês Barbosa Rabelo

---

Primeiro Avaliador: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Juliene Tenório de Albuquerque

---

Segundo Avaliador: Prof<sup>ª</sup>. Me. Ana Mirceia Siqueira Saldanha

*Dedico esse trabalho a minha mãe  
Rosinete Maria de Deus, por todo amor, incentivo, por todas as  
renuncias feitas e por acreditar que eu chegaria até aqui e juntas  
iriamos realizar esse sonho.*

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço aquele que me deu o dom da vida. Obrigada Senhor por cada segundo que me acolhes-te em teus braços e me deste forças para continuar a conquistar esse sonho que já havia escrito no livro da minha vida. Obrigada Deus por nunca ter desistido de mim, por me amar infinitamente, e fazer desse amor a luz que irá me guiar por onde eu andar. Como conversaste comigo durante todo esse processo, nos momentos de turbulências e de alegria, pelo termino de mais um capítulo, jamais esquecerei todo o cuidado que tiveste comigo Pai, e como me falaste através de tua palavra “Tudo posso naquele que me fortalece”. (Fl 4:13), por ter a certeza que tudo posso pois estais segurando minha mão, vou continuar a conquistar os sonhos que tens para mim.

Vou perseguir tudo aquilo que Deus já escolheu par mim. Vou persistir, e mesmo nas marcas daquela dor. Do que ficou, vou me lembrar. E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou. Em meu lugar estar na espera de um novo que vai chegar. Vou persistir, continuar a esperar. E crer e mesmo quando a visão se turva e o coração só chora. Mas na alma, há certeza da vitória. Eu vou sofrendo, mas seguindo enquanto tantos não entendem. Vou cantando minha história, profetizando. Que eu posso, tudo posso. Em Jesus. (Celina Borges).

Agradeço a minha família, que durante todo o processo esteve presente apoiando e compreendendo meus momentos de ausência. Em especial a minha mãe Rosa, minha irmã Renata, minha tia Rose, meu padrasto Josinaldo, minha madrinha Taciane, aos meus avós Severina e José, ao meu namorado Neto, e ao meu pai Robson, que mesmo distante, do seu jeito deu sua contribuição. Ao meu amado sobrinho Richard, que mesmo tão pequenino, com suas risadas e seu jeitinho clareava os momentos de tensões e transformava cada segundo ao transbordar seu amor através do olhar. Como vocês foram importantes durante todo esse processo da graduação, apostando e acreditando, dando forças para conquistar esse sonho que não é só meu. Chorando comigo nos momentos difíceis e dando gargalhadas de minhas “desorientações” depois de cada orientação para conclusão deste trabalho. Sem vocês nada disso teria sentido.

Ao corpo docente da faculdade meus sinceros agradecimentos, pelo apoio, dedicação, paciência em transmitir todo o aprendizado de uma carreira profissional dedicada a educação e fortalecimento da profissão. Aqueles docentes que hoje não estão conosco mais que tivemos a honra de tê-los em nossa formação, obrigada pela contribuição, levarei em minhas memórias cada palavra, sorrisos e as famosas broncas que nos fazia amadurecer durante o curso. Que possamos nos encontrar e relembrar desse processo único em que vivemos.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup> Josinês Rabelo, que me estimulou a continuar produzindo e a olhar de forma diferente para as dificuldades, tornando-as um impulso para ir mais além, em busca de um futuro brilhante. Obrigada por ter sido mais que uma orientadora, uma conselheira e amiga disposta a ajudar em qualquer momento, se fazendo presente e acessível cuidando de cada detalhe, me acalmando nos momentos ápices de estresse e nervosismo, acreditando que eu seria capaz e depositando em mim sua confiança. Obrigada por sua luz.

Ao Prof. José Armando por suas correções ortográficas, contribuindo mesmo sendo docente de outros cursos. Obrigada pelo tempo dedicado.

Agradeço a Maria Felizarda, pela contribuição na facilitação das entrevistas, primordial para análise dessa pesquisa. Como também a todos os entrevistados que dedicaram um tempo de suas atividades para contribuir no desenvolvimento da pesquisa.

À Verônica Silva, orientadora do estágio, que contribuiu através de suas orientações a construir o projeto dessa pesquisa, obrigada pelo estímulo e força durante toda a produção por meio de suas sábias palavras.

À Maria José (Nena) pela tradução do resumo, obrigada pela dedicação.

Agradeço aos funcionários administrativos da instituição em especial a Raquel Lacerda, que contribuíram durante toda a graduação.

Às minhas amigas Bruna Nascimento e Fabrícia Cavalcanti que desde o início do curso estavam presentes em um companheirismo que se fortaleceu ainda mais nessa etapa de conclusão, obrigada pelos momentos de escuta, desabafos, conselhos e de gargalhadas que fizeram dessa etapa do curso única. Estaremos sempre sendo essa “dupla de três” para além dos trabalhos acadêmicos mais amigas que quero levar para a vida.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram direta e indiretamente, amigos, familiares e profissionais que não foram citados mais que tiveram grande importância na conclusão dessa etapa. Obrigada pelas orações e conselhos.

*O momento que vivemos é um momento pleno de desafios.  
Mais do que nunca é preciso ter coragem,  
é preciso ter esperanças para enfrentar o presente.  
É preciso resistir e sonhar.  
É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia  
no horizonte de novos tempos mais humanos,  
mais justos, mais solidários.*

(IAMAMOTO, 2015, p.17).

## RESUMO

O presente trabalho se constitui no trabalho de conclusão do curso de Serviço Social da Faculdade Asces. Tem o objetivo refletir sobre a imagem da profissão de Serviço Social e autoimagem em equipes multiprofissionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utiliza como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada. Tem como campo empírico, um hospital público de Caruaru - PE. Portanto, é um estudo fundamentado na produção de conhecimento relacionado ao tema e nos dados de uma dada realidade e intenta responder ao seguinte questionamento: *como os profissionais que compõem a equipe multiprofissional de um hospital público compreendem as atribuições do Serviço Social? Qual a importância atribuída à prática do/a Assistente Social? Qual é a imagem da equipe e a autoimagem do Serviço Social?* Tem como objetivo central compreender a imagem e a autoimagem do Serviço Social em equipes multiprofissionais, O estudo revelou que a imagem profissional do Serviço Social na equipe multiprofissional pesquisada é um processo que está se construindo e ratifica o que a teoria apresenta quando ressalta que a imagem é socialmente construída, enquanto que a autoimagem é constituída pelo projeto profissional e pela realidade com a qual os/as Assistentes Sociais atuam. Logo, a imagem social da profissão é um processo em construção tensionado por traços de diversos projetos de profissão, bem como de perfis profissionais em disputa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Imagem. Autoimagem. Equipes multiprofissionais. Serviço Social.

## **ABSTRACT**

This work constitutes the work of completing the social work course at the Faculty ASCES. It aims to reflect on the profession's image and self-image Social Work in multidisciplinary teams. It is a qualitative research that uses as data collection instrument of the semi-structured interview. Its empirical field, a public hospital in Caruaru - PE. So it's a study based on the production of knowledge related to the subject and the data of a given reality and attempts to answer the following question: how the professionals who make up the multidisciplinary team at a public hospital comprises the duties of Social Work? What is the importance attributed to the practice of the / a social worker? What is the team's image and self-image of social work? Is mainly aimed to understand the image and self-image of social work in multidisciplinary teams, the study revealed that the professional image of social work in the research multidisciplinary team is a process that is being built and confirms what the theory shows when notes that the image It is socially constructed, while the self-image is made up of the professional design and the reality that the / the social workers act. Therefore, the social image of the profession is a process tensioned construction for traces of several professional projects as well as job profiles in dispute.

**KEYWORDS:** Image. Self-image. Multidisciplinary teams. Social Work.

## **SIGLAS**

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

AI5 – Ato Institucional Nº 5

CAPS – Centro de Atuação Psicossocial

CBCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais

CEAS – Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

CRM – Centro de Referência da Mulher

DC – Desenvolvimento de Comunidade

EaD – Ensino a Distância

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ENESSO – Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MP – Ministério Público

NASF – Núcleo de Apoio de Saúde da Família

ONGs – Organizações Não Governamentais

OS – Organizações Sociais

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01</b>	Considerações do processo histórico brasileiro na formação da imagem da profissão	28
<b>Figura 02</b>	Fases da análise de conteúdo	42
<b>Figura 03</b>	Lista dos profissionais entrevistados, suas respectivas profissões e ala de atuação	44
<b>Figura 04</b>	Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento	46

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL</b>	<b>16</b>
1.1 GÊNESE DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E A NECESSIDADE DE RUPTURA COM O TRADICIONAL	16
1.2 MOVIMENTO DE RECONCEITUAÇÃO: REFLEXÕES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PERÍODO DA DITADURA MILITAR	20
1.3 O SERVIÇO SOCIAL NOS ANOS 80 E 90	23
<b>2 IMAGEM E AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL E AS PARTICULARIDADES DA ATUAÇÃO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL</b>	<b>27</b>
2.1 AS PARTICULARIDADES DO SERVIÇO SOCIAL E A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS	29
2.1.1 <b>Serviço Social no campo sócio-ocupacional da saúde</b>	<b>31</b>
2.2 EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS: CONCEITO E ABORDAGEM NA SAÚDE	34
2.2.1 <b>Atuação do/a Assistente Social em equipe multiprofissional da saúde</b>	<b>36</b>
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>39</b>
3.1 PERSPECTIVA EPSTEMOLÓGICA DA PESQUISA	39
3.2 LOCAL DA PESQUISA	41
3.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	41
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
<b>4 IMAGEM E AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: UMA REFLEXÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPES DE SAÚDE</b>	<b>45</b>
4.1 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ÓTICA DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS	45
4.2 COMPREENSÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O SERVIÇO SOCIAL	48
4.2.1 <b>Prática assistencialista ou de garantia de direitos?</b>	<b>50</b>
4.3 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL	52
4.3.1 <b>Atuação no campo sócio-ocupacional da saúde</b>	<b>53</b>
4.3.1.1 <i>Especificidades do Serviço Social</i>	54
4.3.1.2 <i>Atividades dos/as Assistentes Sociais no campo da saúde</i>	55
4.4 A IMPORTÂNCIA DA PROFISSÃO PARA A SOCIEDADE	57
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>66</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho intenta compreender a imagem e autoimagem do Serviço Social em equipes multiprofissionais no campo sócio-ocupacional da saúde. Para dar conta do objetivo proposto, realizou-se uma pesquisa empírica em um hospital municipal de Caruaru-PE, no qual foram entrevistados profissionais que compõem as equipes de Pediatria, Clínica Médica e Psiquiatria.

O interesse pelo tema tem sua origem na experiência de estágio curricular realizado no Laboratório de Estudos, Políticas e Práticas Sociais – LEPPS, do curso de Serviço Social da Faculdade ASCES, onde foi possível atuar como estagiária em duas equipes multiprofissionais.

As práticas multiprofissionais se dão em um contexto que permite a interação de vários profissionais nos diferentes campos de atuação com entendimentos diferentes sobre o papel do Serviço Social. Daí, instigou-me o interesse de investigar a imagem que os profissionais no campo da saúde têm do Serviço Social e, nesse contexto, como o/a Assistente Social percebe a importância de sua atuação.

A pesquisa utiliza um referencial teórico do Serviço Social que reflete a trajetória histórica da profissão como também a atuação profissional dos/as Assistentes Sociais em equipes multiprofissionais. Alguns desses autores trabalham com a imagem e a imagem que o profissional tem de si, como discutido por Ortiz (2007; 2010; 2012). A imagem de si é tratada aqui como autoimagem.

A pesquisa faz uso da abordagem multiprofissional procurando abordar o tema em foco buscando apontar a ótica do/a profissional de Serviço Social, bem como dos demais profissionais das equipes em que atua o/a Assistente Social em um hospital público de Caruaru. Destarte, faz uma abordagem conceitual da equipe multiprofissional tratada a partir da perspectiva da saúde.

A construção da imagem da profissão de Serviço Social tornar-se mais evidente a partir dos anos de 1980 e mais efetivamente nos anos 1990. Porém, é nos anos 2000, com a ampliação de vagas em concurso público para Assistentes Sociais que a profissão ganha mais espaço social contribuindo para a ampliação de vagas em cursos presenciais e à distância.

Apesar de muitas críticas em relação à categoria não ter aprovado um piso salarial, o amadurecimento da profissão contribuiu para o fortalecimento do Serviço Social enquanto

profissão. A imagem do Serviço Social tem sido construída como resposta a interesses que emergiram em dado período histórico. Assim, a imagem social da profissão hoje está expressa no Projeto Ético-Político ou Projeto Profissional Hegemônico. Entende-se que o

Serviço Social consiste em uma profissão que se inscreveu na divisão social e técnica do trabalho em um determinado momento do capitalismo, mais especificamente em sua fase conhecida por monopólica, para responder a determinadas necessidades e interesses postos a partir do embate político das classes sociais fundamentais. Assim, para responder a tais demandas, fez-se necessário a constituição de diversos atores profissionais, dentre eles o assistente social. Observa-se, então, a configuração de uma profissão, cujo ethos profissional foi moldado para atender determinadas requisições sócio-profissionais e constitui-se de um rol de características, aparentemente capazes de integrar, mudar comportamentos e apaziguar conflitos com o uso mínimo de coerção possível. (ORTIZ, 2007, p. 23).

No Brasil, a imagem socialmente do/a Assistente Social como a “moça boazinha”, aquela que ajuda as pessoas está fundamentada nas particularidades assumidas pelo capitalismo. Essa forma de conceber o Serviço Social não prescinde da forma de como os profissionais reproduzem em seu modo de ser, de pensar e de responder as demandas impostas à profissão, a imagem e a autoimagem e essas constituem a imagem da profissão (ORTIZ, 2007).

Diante do exposto, a pesquisa tem os seguintes questionamentos: *como os profissionais que compõem a equipe multiprofissional de um hospital público compreendem as atribuições do Serviço Social? Qual a importância atribuída à prática do/a Assistente Social? Qual é a imagem da equipe e a autoimagem do Serviço Social?*

A pesquisa tem como objetivo geral compreender a imagem e a autoimagem do Serviço Social em equipes multiprofissionais, tendo como campo empírico um hospital público, localizado no município de Caruaru, PE. Os objetivos específicos são:

- ✓ Descrever a atuação do Assistente Social no campo sócio-ocupacional da saúde;
- ✓ Verificar a importância atribuída ao fazer profissional dos/as Assistentes Sociais que atuam na ala da Pediatria, Clínica Médica e Psiquiatria de um hospital, buscando identificar como os demais profissionais entendem a atuação do/a Assistente Social;
- ✓ Elaborar um perfil do/a Assistente Social ressaltando:
  - a) A escolha da profissão
  - b) A especificidade da profissão
  - c) A importância da profissão para a sociedade
  - d) O reconhecimento social da sua atuação

- ✓ Analisar a prática do Serviço Social em equipes multiprofissionais procurando destacar as dificuldades e potencialidades da relação com os demais profissionais.

O trabalho está estruturado em quatro capítulos. O primeiro intitulado *Trajetória histórica do Serviço Social no Brasil* contempla a evolução do Serviço Social abordando três momentos históricos essenciais para compreender a profissão: sua gênese e a necessidade de ruptura com o tradicional; o Movimento de Reconceituação e; o Serviço Social nos anos 80 e 90. Esse processo histórico será abordado através dos pensamentos de autores como: Silva e Silva (2011); Martinelli (2009); Iamamoto e Carvalho (2010) e Netto (2011), dentre outros.

O segundo capítulo intitulado *Imagem e autoimagem do Serviço Social e as particularidades da atuação em equipe multiprofissional* destaca as particularidades do Serviço Social enquanto formação e consolidação de seu Projeto Ético-político e suas especificidades no campo da saúde, bem como a sua atuação em equipes multiprofissionais enfocando qual é a imagem que os demais profissionais têm do Serviço Social e a autoimagem pelas Assistentes Sociais.

O terceiro trata do *Percurso Metodológico* da pesquisa, apresentando a perspectiva epistemológica da pesquisa tendo o método crítico dialético como norteado dos objetivos propostos, bem como a coleta e análise de dados através de entrevistas semiestruturadas e suas categorias analíticas, a partir da utilização do método de análise de conteúdo.

O quarto capítulo trata da *Imagem e autoimagem do serviço social em equipes multiprofissionais: uma reflexão do Serviço Social em equipes de saúde* traz uma reflexão dos achados da pesquisa. Dessa forma, apresenta uma análise dos dados destacando a imagem profissional do Serviço Social pela equipe multiprofissional e a autoimagem dos seus agentes.

Por fim, nas *Considerações finais* que busca apresentar as conclusões sobre Imagem e Autoimagem do Serviço Social em uma equipe multiprofissional. É importante ressaltar que os nomes dos profissionais da equipe multiprofissional, bem como o do hospital público em que foi realizada a coleta de dados não são apresentados durante a exposição das falas, a fim de resguardar os mesmos.

## **Capítulo I - TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL**

O Serviço Social analisa e intervém nas relações contraditórias entre as classes sociais em suas diferentes conjunturas. Para condensar a trajetória do Serviço Social no Brasil, faz-se necessário compreender três momentos históricos: sua gênese e a necessidade de ruptura com o tradicional; o Movimento de Reconceituação no período da ditadura militar; e o Serviço Social nos anos 80 e 90. Esse processo histórico será abordado através dos pensamentos de autores como: Silva e Silva (2011); Martinelli (2009); Yamamoto e Carvalho (2010) e Netto (2011), dentre outros.

### **1.1 GÊNESE DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E A NECESSIDADE DE RUPTURA COM O TRADICIONAL**

No Brasil, a profissão teve início nos meados da década de 1930 vinculada a criação das grandes instituições assistenciais, estatais, filantrópicas e autárquicas. De acordo com Silva e Silva (2011), a criação dessas instituições ocorre em um modelo de Estado corporativista favorecendo o desenvolvimento da industrialização.

Um marco importante na história da sociedade brasileira consistiu na crise do comércio internacional em 1929 que levou a uma reorganização do Estado e da economia, “[...] apresentando o deslocamento do centro motor da acumulação capitalista das atividades agro-exportação para outras de realização interna” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2010, p. 128). Nesse contexto, a acumulação capitalista deixava de ser realizada através das atividades agrárias e de exportação, voltando-se para o amadurecimento do mercado de trabalho, na consolidação do polo industrial e na vinculação da economia ao mercado mundial. (MARTINELLI, 2009).

No Estado Novo a profissão desenvolve o controle das demandas populares através de ações normativas e assistenciais articuladas com os setores dominantes procurando responder às pressões dos setores urbanos em desenvolvimento. Uma das estratégias, nesse contexto, foram as ações de caridade aos mais necessitados, com o intuito de desenvolver uma prática ideológica junto aos trabalhadores urbanos e suas famílias, fundamentada na Doutrina Social da Igreja (SILVA e SILVA, 2011). Nesse período o Serviço Social recebeu a influência

franco-belga e da Igreja Católica, sob a égide do pensamento de São Tomás de Aquino, o tomismo<sup>1</sup>.

A implantação do Serviço Social se dá no decorrer desse processo histórico. Não se baseará, no entanto, em medidas coercitivas emanadas do Estado. Surge da iniciativa particular de grupos e frações da Igreja Católica. Possui em seu início uma base social bem delimitada e fontes de recrutamento e formação de agentes sociais informados por uma ideologia igualmente determinada. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2010, p.127).

Iamamoto e Carvalho (2010) destacam que o Serviço Social, nesse período, não foi uma resposta às Leis Sociais como resultado da pressão exercida pelo proletariado, e sim, uma legitimação que se deu relacionada diretamente às classes dominantes.

Para baixar a tensão entre os trabalhadores, o Estado utiliza como estratégia a responsabilidade de cuidar da reprodução de sua força de trabalho estabelecendo uma “parceria” com a Igreja para atuar junto aos operários. Foi criado, então, o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS) que desenvolveu o primeiro curso de formação para o exercício da ação social, direcionado às mulheres jovens da burguesia paulista (MARTINELLI, 2009). O principal objetivo do CEAS foi promover a formação de seus membros fundamentada na doutrina social da igreja e compreensão dos problemas sociais da época, objetivando uma formatação definida para a solução dos problemas a resolver (IAMAMOTO e CARVALHO, 2010).

Pode-se questionar: qual a identidade do Serviço Social nesse período? Martinelli (2009) ressalta que ao ser caracterizado pela ideologia da classe dominante, a atuação do Serviço Social tinha funções econômicas e ideológicas, em que sua prática era fundamentalmente marcada pela reprodução das relações sociais de produção capitalista garantindo a expansão do capital. Essa identidade era útil para a burguesia pois,

[...] além de lhe abrir os canais necessários para a realização de sua ação de controle sobre a classe trabalhadora, fornecia-lhes o indispensável suporte para que se criasse a ilusão necessária para a realização de sua ação de controle sobre a classe a ilusão necessária de que a hegemonia do capital era um ideal a ser buscado por toda a sociedade (MARTINELLI, 2009, p. 124).

Essa prática profissional era primordial para controlar os movimentos dos trabalhadores realizados através de manifestações coletivas, paralizações e greves, como

---

<sup>1</sup> Entende como tomismo a doutrina filosófica de São Tomás de Aquino (1225-1274), adotada pela Igreja Católica como uma tentativa de conciliar a filosofia aristotélica com o cristianismo, como início do pensamento moderno na direção de uma construção autônoma e crítica da razão.

ainda a tensão existente entre a sociedade e Estado. Exercendo a função de reestruturar o clima da ordem social burguesa. “O discurso humanitário que se envolvia procurava ocultar suas reais intenções, além de redescobrir as profundas desigualdades que caracterizavam o regime capitalista” (MARTINELLE, 2009, p 130).

Com o surgimento das grandes instituições, o Serviço Social rompe com suas origens e passa a possuir bases deslocada para o Estado e para os setores empresariais da sociedade, transformando-se em uma categoria profissional assalariada. Sua clientela se constituía da população empobrecida, ou seja, a população alvo das políticas sociais do Estado. Assim, “O Serviço Social passa a integrar os mecanismos de execução das políticas sociais do Estado e dos setores empresariais, enquanto forma de enfrentamento da questão social<sup>2</sup> emergente no contexto do desenvolvimento urbano-industrial” (SILVA e SILVA, 2011, p. 44).

A década de 1940 é marcada pela aliança de interesses políticos e econômicos no governo do presidente Getúlio Vargas com os Estados Unidos. No final dessa década, os Estados Unidos recebem Assistentes Sociais para realização de intercâmbio. Martinelli (2009) ressalta que a atuação profissional já não era mais movida exclusivamente pelos ideais religiosos, mas, pela busca de qualificação profissional e, conseqüentemente uma carreira remunerada com melhores salários. Destaca ainda, a fragilidade da consciência social e do processo organizativo da categoria e a reprodução dos fetiches da sociedade capitalista, “[...] transformando a sua própria relação profissional em uma relação mediatizada por interesses econômicos, por posições no processo produtivo e por posições políticas”. (MARTINELLI, 2009, p. 134).

A atuação profissional, nesse contexto, dava-se através de canais administrativos, mantendo sua ação de “enquadramento”. Entretanto, a ação caridosa aos mais necessitados é substituída por atividades metódicas e burocratizadas de agentes assalariados. Esse processo de institucionalização do Serviço Social acarreta em novas e múltiplas atividades tais como:

[...] garantir o aumento da produtividade média da Força de Trabalho, a evitar o confronto de classes e a canalizar, vigiar e reprimir os conflitos sociais e outras formas de desvios, derivadas das múltiplas contradições geradas e/ou agravadas pelo aprofundamento do modo de produção capitalista. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2010, p. 321).

---

<sup>2</sup> A questão social apreendida enquanto o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2009, p. 176).

A aliança com os Estados Unidos repercutiu nas décadas seguintes. No final da década de 1950 e início de 1960, o Brasil vivia a crise dos padrões de acumulação capitalista. Nesse período, o país era governado pelo presidente Juscelino Kubitschek e foi caracterizado pela internacionalização da economia, fortalecimento do setor privado e do capital internacional. Silva e Silva (2011) salienta que a política social foi colocada em segundo plano. Entretanto, o Serviço Social passa a participar do desenvolvimento nacional com a sistematização do Desenvolvimento de Comunidade (DC) que objetivava unir os esforços da população aos planos nacionais e regionais.

Com a transformação na prática dos/as Assistentes Sociais e com o agravamento da questão social, surge a necessidade de criar as equipes multidisciplinares como alternativa para mobilizar e organizar as comunidades que não possuíam a universalização da atenção médica e social. Essa prática técnica assume um caráter mais intensivo dos métodos de Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade (IAMAMOTO e CARVALHO, 2010). Onde o Serviço Social de Caso compreendia o indivíduo como um elemento que deveria ser trabalhado no sentido de ajustá-lo ao meio social. Já o Serviço Social de Grupo e Comunidade era utilizado em uma perspectiva educacional procurando fortalecer a personalidade individual, ou seja, ajudava os indivíduos a se autodesenvolverem e se ajustarem aos valores e normas do contexto social. (ANDRADE, 2007).

Nesse período, ocorrem os primeiros Congressos Brasileiros de Serviço Social, que essencialmente abordam condições para efetivação dessa prática fundamentada pela ideologia desenvolvimentista e considerada por Iamamoto e Carvalho (2010) como uma ideologia dominante por se tratar de uma estratégia para agregar a política de massa getulista com a internacionalização da economia brasileira, sendo esta uma proposta de crescimento econômico, acelerado e autossustentado. Porém,

[...] este desenvolvimento marginaliza ainda mais os setores sociais atingidos pela pobreza, aumenta as disparidades de renda e nível de vida, e as disparidades regionais. Trata-se, para a ideologia janista, de diminuir a pobreza para que a democracia se faça no plano econômico e a nação possa construir todo harmônico e equilibrado. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2010, p. 346).

No governo de João Goulart (1961-1964), o poder executivo comprometia-se com a massa do povo; mesmo enfrentando o legislativo com forças predominantemente conservadoras, articulava ações no âmbito sindical com politização sob a perspectiva da reforma de base (NETTO, 2011). A categoria profissional desenvolve algumas tentativas de vinculação da ação profissional aos processos de luta por mudanças. O governo brasileiro se

posiciona contra o processo de internacionalização da economia brasileira a favor das mudanças de base. Silva e Silva (2011) enfatiza que o processo de conscientização e politização atinge os operários e camponeses, no qual a questão social é enfrentada por medidas de extensão da educação, ampliação da previdência, estatuto do trabalhador rural e programas de habitação popular.

A autora reflete que o Serviço Social pode ser pensando sobre duas vertentes: “conservadora e mudancista”. A conservadora caracterizada pela intervenção profissional configurada pelas disfunções individuais e sociais, em que a fundamentação teórica deixava de ser a Doutrina Social da Igreja para ser as correntes de pensamentos positivistas e funcionalistas. Uma pequena parcela da categoria profissional possuía um posicionamento cristão de esquerda que atribuíam a sua prática a conscientização e politização em função das mudanças e, posteriormente, iniciam a análise crítica da sociedade percebendo suas contradições.

A consciência crítica dos profissionais permitiu perceber o caráter conservador de suas práticas no mundo capitalista, sendo possível através da ruptura com a alienação percebendo que sua atuação técnica norteada pelos interesses de classes e a distância com os usuários “[...] não respondiam nem as suas demandas e nem aos desafios colocados pela realidade”. (MARTINELLI, 2009, p.140).

## 1.2 MOVIMENTO DE RECONCEITUAÇÃO: REFLEXÕES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PERÍODO DA DITADURA MILITAR

No período da ditadura militar, o Brasil não possuía um quadro político, social e econômico homogêneo. O padrão intervencionista do Estado é intensificado no modelo de desenvolvimento que passa a controlar a relação capital-trabalho, os sindicatos, institui políticas salariais e assume os setores estratégicos da economia (SILVA e SILVA, 2011).

Essa ideologia de desenvolvimento caracteriza uma repressão a sociedade brasileira que estava em um processo de organização dos setores populares, claramente notada com a institucionalização do Ato Institucional Nº 5 (AI-5), permitindo ao Estado reprimir a oposição por meio da força militar. Os setores organizados da sociedade, destacando o proletariado industrial, passam a ser considerados como inimigos do novo regime. Assim, foi instaurada a tortura como método para controlar essas organizações populares.

Nessa linha de pensamento, Netto (2011) destaca o crescimento acelerado conhecido como “milagre brasileiro”, onde desloca o plano de representação de interesses sociais e da expressão política para a eficácia do regime do governo na produção do desenvolvimento econômico, dando ao Estado o poder de implementar políticas sociais estruturada pela autocracia burguesa<sup>3</sup> por meio da coerção, com intuito de obter o consenso do I Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND) e de programas, exercendo a sistemática do terrorismo para conter a resistência dos movimentos populares.

A política social<sup>4</sup>, nessa conjuntura, contava com a atuação profissional dos/das Assistentes Sociais para ser operacionalizada. A categoria profissional recebeu influência de suas características na,

Extrema centralização política e financeira em nível federal; acentuada fragmentação institucional para sua operacionalização; exclusão da participação social nos processos políticos de decisão; forte conteúdo corporativo das demandas, decisões e implementação das políticas e programas; uso clientelístico dos recursos e distribuição de benefícios; autofinanciamento do investimento social e privatização de setores rentáveis (educação, saúde, habitação). (SILVA e SILVA, 2011, p. 53). Grifo da autora.

A prática do Serviço Social, conforme ressalta Silva e Silva (2011), buscava o avanço técnico da profissão visando assumir uma tendência modernizadora iniciando o Movimento de Reconceituação no Brasil. Os Encontros de Araxá (1967) e Teresópolis (1972) foram muito importantes, pois permitiram a discussão no âmbito da categoria a respeito da teoria e prática no Serviço Social. De acordo com Konno (2005) foram construídas condições que possibilitaram a redefinição dos procedimentos profissionais, como também a necessidade de qualificação. A categoria constrói fundamentos para a Reconceituação do Serviço Social com a intenção de romper com o tradicionalismo e o conservadorismo, objetivando construir a crítica da profissão aos seus pressupostos ideológicos, teóricos e metodológicos e a determinadas práticas profissionais.

Os segmentos representativos da categoria profissional construíram o Documento de Araxá que caracterizava a prática profissional como institucionalizada, ou seja, a atuação do Serviço Social se dava na ação com indivíduos com desajustamentos familiares e sociais, consequências de uma estrutura social inadequada se apresenta como um texto orgânico,

---

<sup>3</sup> Segundo Netto (2011), a autocracia burguesa refere-se à dominação burguesa no Brasil, ou seja, a hegemonia da burguesia dentro de um regime político e econômico capitalista.

<sup>4</sup> Tanto no I PND como no II PND, terá a função de eliminação dos pontos de estrangulamento do crescimento econômico e de criação de condições para atingir maiores índices, considerando o desenvolvimento social como consequência (SILVA e SILVA, 2011).

expressando sistematicamente o que emergiu de consensual entre formuladores. Já a produção do Documento de Teresópolis caberia uma intervenção na autocracia burguesa. No seu texto o “moderno” sobrepõem completamente ao “tradicional”. A perspectiva modernizadora<sup>5</sup> se afirma não apenas como concepção profissional geral, mais como pauta interventiva (NETTO, 2011).

O Serviço Social começa a receber influência marxista em meados da década de 70, influenciando o pensamento crítico dos profissionais<sup>6</sup> abordado por Netto (2011, p. 159) como “[...] uma crítica sistemática ao desempenho ‘tradicional’ e aos seus suportes teóricos metodológicos e ideológicos [...]”. Vale salientar que esse foi o período mais rígido do regime militar. A intenção de ruptura com o tradicional teria que ser desenvolvida com o suporte das universidades, pois caberia a esses espaços problematizar a reatualização do conservadorismo desenvolvendo o marxismo acadêmico.

O “milagre econômico” começa a esgotar-se concretizando a crise de 1973, que resultou na crise do regime autocrático burguês por meio da mediação entre a resistência à democracia e a ação dos movimentos populares. O Estado realiza estratégias que objetivavam recompor o bloco sócio-político para garantir a relação econômico-social e políticas à serviço dos monopólios (NETTO, 2011).

Após os seminários de Araxá e Teresópolis, o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS) promoveu também o encontro de Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984), abordando a dimensão ideo-política. Ao fazer uma análise desses espaços de reflexão sobre o Serviço Social, Netto (2011) observou que o Seminário de Sumaré deveria enfrentar três temas básicos: a relação do Serviço Social na cientificidade, a fenomenologia e a dialética, principalmente no Alto da Boa Vista, nota-se um movimento de abertura as referências conservadoras.

O Movimento de Reconceituação refletiu e mudou os conceitos, as crenças e as bases teóricas do Serviço Social e que se desdobrou em várias tendências: funcionalista, fenomenológica, eclética e de inspiração marxista. Para Netto (2011, p. 135), quatro aspectos sinalizam os nós do processo de renovação do Serviço Social:

---

<sup>5</sup> Netto (2011) aponta a perspectiva modernizadora através do desenvolvimentismo e a tecnicidade.

<sup>6</sup> Silva e Silva (2011) destaca o método BH como a mais significativa proposta crítica do Serviço Social nesse período, influenciando o setor mais crítico da profissão. Esse método foi elaborado pelo núcleo docente da Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais.

- a) A instauração do pluralismo teórico, ideológico e político no marco profissional, descolando uma sólida tradição de monolitismo ideal;
- b) A crescente diferenciação das concepções profissionais (natureza, funções, objeto, objetivos e práticas do Serviço Social), derivada do recurso diversificado a matrizes teórico-metodológicas alternativas, rompendo com o viés de que a profissionalidade implicaria uma homogeneidade (identidade) de visões e de práticas;
- c) A sintonia da polêmica teórico-metodológica profissional com as discussões em curso no conjunto das ciências sociais, inserindo o Serviço Social na interlocução acadêmica e cultural contemporânea posta por funções meramente executivas;
- d) A constituição de segmentos de vanguarda, sobretudo, mas não exclusivamente inseridos na vida acadêmica, voltados para a investigação e a pesquisa.

Ao questionar prática institucional e seus objetivos, a profissão aproxima-se dos movimentos sociais iniciando a vertente comprometida com a ruptura do Serviço Social tradicional, proporcionando, assim, diferentes linhas de fundamentação teórico-metodológica do pensamento e da ação profissional. (YAZBEK, 2009-a).

### 1.3 O SERVIÇO SOCIAL NOS ANOS 80 E 90

A década de 80 é marcada pelo amplo movimento da sociedade civil na luta da democratização da sociedade brasileira, possibilitando, nesse período, o crescimento dos movimentos sociais e as mobilizações para a aprovação da Carta Constitucional de 1988. A categoria profissional participou dos processos de lutas democráticas reorientando a base social da profissão (IAMAMOTO, 2015).

Com o período democrático, inicia-se o debate da ética no Serviço Social, buscando-se romper com a ética da neutralidade e com o tradicionalismo filosófico de sua gênese. É nesse período que a teoria social de Karl Marx inicia sua efetiva interlocução com a profissão com a ideia de “compromisso com a classe trabalhadora” (BRAVO e MATOS, 2009).

Yazbek (2009-a, p. 10) reflete que a atuação profissional no país após a aproximação com a teoria marxista passou a compreender o ser social e suas mediações e não apenas em uma concepção de imediaticidade. Ou seja, “[...] um conhecimento que não é manipulador e que apreende dialeticamente a realidade em seu movimento contraditório. Movimento no qual e através do qual se engendram, como totalidade, as relações sociais que configuram a sociedade capitalista.”

No âmbito acadêmico, o Serviço Social expressa uma significativa produção teórica construindo sua bibliografia própria, dialogando com o debate intelectual das ciências sociais do país e do exterior, ganhando espaço no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). (YAZBEK, 2009-a). Iamamoto (2015) destaca que nesse período o Serviço Social teve um grande avanço em sua autoqualificação na sociedade com a definição de rumos técnicos-acadêmicos e políticos, ingressando nos anos 90 como uma categoria pesquisadora. O grande desafio tratado pela autora consiste na relação entre diferentes matrizes teóricas e o acompanhamento da dinâmica da sociedade.

Os/As Assistentes Sociais após a Constituição Federal de 1988 deixam a condição de executores de políticas sociais para planejar e gerir essas políticas. O contexto econômico nos anos 80 é dramático, a pobreza se configura como o tema central dando um novo perfil à questão social brasileira. (YAZBEK, 2009-a). Nesse período, o Brasil institui o sistema de Seguridade Social<sup>7</sup>, no qual o Serviço Social enfrenta questões para a consolidação das políticas que abrangem o tripé da seguridade, ou seja, no âmbito da Saúde, Assistência Social e Previdência Social, passando a ser pauta de debate e gerando produções acadêmicas e dando visibilidade às temáticas (BOURGUIGNON, 2007).

A profissão ganha visibilidade pública por meio do Código de Ética Profissional do Assistente Social de 1993; pela Lei da Regulamentação da Profissão de Serviço Social Nº 8.662/93; pelas Diretrizes Curriculares de 1996; como também pelos seus organismos representativos na elaboração e implementação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS/1993) (IAMAMOTO, 2015).

De acordo com Bravo e Matos (2009), este é o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal<sup>8</sup> do país. O governo do presidente Fernando Collor de Mello foi quem iniciou a sua implementação. Pina (2009) considera ainda que a década de 90 é consequência de uma sequência lógica capitalista excludente e destrutiva, desenhadas no modelo de globalização neoliberal que contribuem para a precarização e a subalternização do trabalho à ordem do mercado. São vários os efeitos do neoliberalismo, como a flexibilização da economia, reestruturação no mundo do trabalho, redução do Estado e a retração dos direitos sociais.

---

<sup>7</sup> A Seguridade Social consiste em um conjunto de direitos no âmbito das políticas sociais no intuito de reduzir e/ou prevenir situações de risco e de vulnerabilidade social (YAZBEK, 2009-a).

<sup>8</sup> De acordo com Iamamoto (2009), o projeto neoliberal é a expressão da reestruturação política e ideológica conservadora do capital, no qual naturaliza as desigualdades sociais, caracterizando um retrocesso histórico pelos desmontes das conquistas sociais acumuladas.

Nesse contexto, o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso é caracterizado por “reformas” das políticas sociais passando por um processo de reordenamento focalizado na estabilização da economia, desprezando as conquistas de 1988 (BEHRING e BOSCHETTI, 2011). Compreendida como uma estratégia neoliberal, o social recebe o apelo à filantropia, à solidariedade e por programas seletivos de combate à pobreza (YAZBEK, 2009-a). Essa “desresponsabilização” do Estado frente a questão social, consiste no aumento da privatização dos serviços públicos incentivando a organização do Terceiro Setor por meio das Organizações Não Governamentais (ONGs), atingindo diretamente a classe trabalhadora e afetando inteiramente seus direitos sociais.

Behring e Boschetti (2011), destacam que esse aspecto de reforma do Estado se deu através do Programa de Publicização da Reforma do Estado. Essa nova forma de gerir as políticas ignorou o conceito constitucional de seguridade, voltando-se ao serviço voluntário. Essa desresponsabilização das políticas sociais e da Seguridade Social é associado ao aumento do desemprego e da pobreza, tornando as formulações das políticas seletivas, focalizadas, descentralizadas e privatizadas.

Esse processo gerou a desregulamentação dos mercados de trabalho através do processo de terceirização, de contratos temporários estabelecendo a competitividade e o individualismo, tendo rebatimento na atuação dos/das Assistentes Sociais por serem trabalhadores assalariados e viabilizadores de direitos sociais desafiando-os a

[...] compreender e intervir nas novas configurações e manifestações da ‘questão social’, que expressam a precarização do trabalho e a penalização dos trabalhadores na sociedade capitalista contemporânea. São apontadas alternativas privatistas e refilantropizadas para questões relacionadas à pobreza e à exclusão social. (YAZBEK, 2009-a, p. 16). Grifo da autora

A categoria profissional teve e tem grande participação na construção e na defesa dos direitos sociais, econômicos, políticos e culturais. O Projeto Ético-político do Serviço Social é resultado de uma grande conquista, uma vez que a sua consolidação sustenta e sintoniza uma concepção de direitos por meio da organização coletiva com os movimentos sociais; realização de debates; inserção nos espaços coletivos de controle democrático das políticas sociais; dentre outros, objetivando acompanhar e qualificar a intervenção profissional nos espaços sócio-ocupacionais (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 194).

O que foi pontuado até o momento, teve o objetivo de apresentar um breve percurso da construção histórica do Serviço Social para contextualizar as particularidades da profissão,

como se verá no capítulo a seguir, como forma de situar a atuação do/a Assistente Social em equipes multiprofissionais.

## **Capítulo II - IMAGEM E AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL E AS PARTICULARIDADES DA ATUAÇÃO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Após compreensão das particularidades históricas brasileiras apontadas no capítulo anterior é possível reconhecer elementos que indicam a imagem do Serviço Social contemplando as suas contribuições e seu posicionamento na divisão social e técnica do trabalho. Conforme Ortiz (2010), a imagem consiste na forma que a consciência captura o fenômeno, ou seja, da “ciosa em si”, fornecendo em alguns momentos meios para o seu desvelamento ou até mesmo procura travesti-lo.

A imagem do Serviço Social no Brasil encontra-se em um processo de construção em que convive com traços tradicionais, no qual às vezes encontra-se mais visível, e com de uma imagem renovada. Esses dois traços segundo Ortiz (2010, p. 19) “[...] convivem dialeticamente [...] concorrendo com elementos novos que se afinam com os princípios que hoje norteiam hegemonicamente o Serviço Social brasileiro e comparecem claramente em seu projeto profissional”.

Conforme assinala Ortiz (2012, p. 2), a imagem socialmente construída do Serviço Social evidencia-se através das particularidades da profissão na divisão social e técnica do trabalho, já a autoimagem, ou seja a imagem que os/as Assistentes Sociais tem de si, é modelada pelo Projeto Ético-político da profissão, porém destaca que “[...] não consiste em uma espécie de “cópia fiel” da imagem que socialmente esta profissão detém; mas, revela-se enquanto um conjunto de representações capturado da realidade social e histórica e metabolizado por estes profissionais [...]”. Permite compreender que a imagem e a autoimagem são dois elementos que dependem da contribuição e inspiração entre si.

Essa concepção da imagem e autoimagem construída por meio de um processo histórico da realidade brasileira pode ser compreendida através da retomada de características específicas do determinado período histórico, seus principais acontecimentos, e suas contribuições na modificação da atuação do Serviço Social e de seu posicionamento no enfrentamento das expressões da questão social como apresentado na figura abaixo.

**Figura 01** – Considerações do processo histórico brasileiro na formação da imagem e autoimagem da profissão.

<b>Período</b>	<b>Principais acontecimentos históricos</b>	<b>Imagem da profissão de Serviço Social</b>
Década de 30	Redimensionamento do Estado brasileiro, tomando para si a responsabilidade de promover a reprodução material e ideológica dos trabalhadores;	Profissional que iria amenizar as tensões provocadas pela ordem burguesa. Requisitando perfil que respondesse as soluções imediatas, concretas e paliativas;  Profissional com vocação, bem-educado, com seriedade e a ternura que fazem dele um “profissional da ajuda”, do aconselhamento e da indulgência;  A imagem da “moça boazinha”, “aquela que concilia, ouve, aconselha”;
Década de 60	Consolidação do capitalismo no Brasil;  Internacionalização da economia, fortalecimento do setor privado e do capital internacional;  Ditadura Militar	Necessitava entender a realidade e as demandas que lhe chegam, suas representações sobre si mesma; ao mesmo tempo em que mantém contraditoriamente alguns de seus elementos tradicionais;  Imagem reproduzida por seus agentes a partir de seu modo de ser, de pensar e de responder às demandas postas pela própria divisão do trabalho;  A imagem social e a autoimagem da profissão se conectavam por traços particulares, porém sedimentados pelo conservadorismo brasileiro e sua maneira de gerir o enfrentamento das expressões da “questão social”.
Décadas de 80 e 90	Processo de negação das “marcas de origem” da profissão;  Promulgação da Constituição Federal de 1988  Movimento de Reconceituação	Perfil profissional voltado aos interesses majoritários da população brasileira;  Imagem e autoimagem renovada, vinculada aos interesses e demandas dos trabalhadores;  Fortalecimento da categoria profissional e suas entidades determinando uma imagem da profissão formalmente comprometida com a luta pela garantia de direitos

Fonte: Ortiz (2012).

Segundo Ortiz (2012) o período de renovação da profissão constituiu em um desdobramento da condição histórica do Serviço Social, entretanto destaca que a categoria profissional não se posicionou de forma única, proporcionando atitudes variadas no qual para alguns a profissão deveria mudar para atender as demandas do mercado evidenciando atuação

técnica. Já para outros compreendia-se claramente a necessidade reorientar a profissão do ponto de vista ético-político e teórico-metodológico.

Levando em consideração que o Serviço Social é uma das profissões que mais se aproxima do usuário ao ponto de conhecer sua realidade em sua totalidade Ortiz (2010, p. 135) destaca que

Essa característica faz do Assistente Social o profissional que institucionalmente tende a possuir o acervo de informações sobre os usuários da instituição, por isso, é a todo o momento chamado a dar pareceres que possibilitem o municiamento de dados aos demais profissionais e técnicos em geral. A imagem socialmente construída acerca desse profissional é a de que, uma vez voltado para a intervenção cotidiana, [...] um dos principais agentes profissionais responsáveis pela efetivação da mudança de comportamento pela via de um processo de ajustamento.

É necessário que profissional reconheça na instituição suas atribuições e não reproduza as práticas de “ajustamento” dos indivíduos ou incorpore em suas ações os objetivos da instituição como se fossem ao da sua atuação. Dessa forma, é fundamental que este tenha a compreensão das particularidades da profissão, seus fundamentos históricos, teóricos e metodológicos a fim de garantir uma atuação comprometida com o Projeto Ético-político do Serviço Social.

## 2.1 AS PARTICULARIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

Na direção de compreender as particularidades do Serviço Social e sua atuação em equipes multiprofissionais, faz-se mister trazer elementos que indicam os princípios éticos e políticos da profissão, como também o conceito de equipe multiprofissional e posteriormente, aborda-lo no campo da saúde.

O Projeto Ético-político profissional do Serviço Social, como de outras profissões reguladas juridicamente, de acordo com Netto (2009), é construído pela categoria profissional organizada envolvendo, profissionais, instituições e pesquisadores da área. No Brasil essa organização é composta pelos Conselhos Federais e Regionais do Serviço Social, (CFESS/CRESS); pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); pela Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) como ainda os sindicatos e as demais associações de assistentes sociais.

Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão e legem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 2009, p. 144).

A categoria tem seus valores e pilares definidos pela Lei de Regulamentação da Profissão 8.662/93 que definiu com maior precisão as atribuições e competências profissionais, apresentadas nas Diretrizes Curriculares aprovadas pela ABEPSS em 1996, contribuindo para a formação profissional com uma perspectiva crítica e de totalidade fundamentada no conjunto das dimensões, teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo (RAMOS, MESQUITA e MADEIREIRA, 2011); e pelo Código de Ética Profissional que representa a autoconsciência ético-política da categoria em um determinado momento histórico (BARROCO e TERRA, 2012).

O contexto histórico em que o Código de Ética de 1993 foi aprovado consiste em um cenário de enfrentamento do neoliberalismo, em que foi evidenciado a defesa dos Direitos Humanos conquistados historicamente pelos confrontos de classes, pelas lutas dos trabalhadores, na resistência das forças sociais progressistas à destruição das condições de humanização da vida social e da natureza. O Código de Ética profissional constituído de um conjunto de princípios, deveres, direitos e proibições, fundamentam o comportamento ético profissional proporcionando a práxis entre o Projeto Ético-político e a relação com a sociedade (BARROCO e TERRA, 2012).

Os princípios fundamentais do Código de Ética possibilitam o fundamento do Projeto Ético-político, no qual possui como valores fundantes a liberdade e a justiça social. A liberdade considerada não apenas como escolha ética, mas como valor central, assumindo o compromisso com a autonomia e a emancipação plena dos indivíduos sociais. (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

[...] conseqüentemente se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. [...] A dimensão política do projeto é claramente enunciada: se posiciona a favor da equidade e da justiça social na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considerada a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida. (NETTO, 2009, p. 155).

Um dos entraves para a materialização do Código de Ética profissional, segundo Barroco e Terra (2012), consiste na alienação do contexto cotidiano em que o/a Assistente Social se depara em sua atuação com a burocracia institucional, com a repetição das atividades, o imediatismo sem uma análise crítica sobre a realidade, como ainda, a repetição espontânea dos valores e costumes construídos anteriormente a sua formação profissional.

Nessa direção, o Código de Ética fornece além de uma base normativa acessível a categoria profissional, contém uma orientação teórica e valorativa que contribui para a construção crítica da realidade e projeta a atuação ideal, ou seja, o exercício profissional caracterizado por uma postura democrática, de formação continuada, comprometido com a viabilização dos direitos, com a articulação das políticas, das entidades e dos movimentos sociais. Em síntese, um profissional com fundamentações teórico-metodológicas críticas, e politicamente articulado a valores progressistas. (BARROCO e TERRA, 2012).

Essa concepção teórico-metodológica e crítica da realidade é essencialmente necessária para a verificar o antagonismo entre o Projeto Ético-político e a ofensiva neoliberal, em que promove a violação dos direitos, a privatização do Estado e, conseqüentemente, sucateando os serviços públicos. De acordo com Netto (2009) a antidemocracia é expressa na cultura do neoliberalismo, no qual para essa lógica do grande capital, defender e implementar o Projeto Ético-político do Serviço Social é sinal de “atraso”. Para que essa ideia não seja naturalizada pela categoria profissional é necessário fortalecer o movimento democrático e popular, condensando as dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas do Serviço Social em sua formação e exercício profissional. (IAMAMOTO, 2009).

### **2.1.1 Serviço Social no campo sócio-ocupacional da saúde**

Como abordado no capítulo anterior, a década de 80 foi marcada pelo processo de democratização da política e pela crise econômica. A saúde após a Constituição de 1988, passa a ser pautada na concepção de Seguridade Social e de responsabilidade do Estado<sup>9</sup>, deixando de ser interesse apenas dos técnicos da saúde, assumindo uma dimensão política democrática defendendo a melhoria da saúde e fortalecimento do setor público resultando na

---

<sup>9</sup> O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/1990 ressaltam que a saúde é direitos de todos e dever do Estado. (CFESS, 2010).

criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que caracteriza a reformulação administrativa. (BRAVO, 2009).

De acordo Bravo e Matos (2009), uma das lacunas existentes na profissão, nesse mesmo período, consiste no fazer profissional, ou seja, na relação teoria-prática. A renovação interna que a profissão vivenciava de negação do Serviço Social tradicional, encontrava-se evidente no âmbito acadêmico, porém existia a necessidade de ir para o cotidiano dos serviços fazendo da intervenção uma prioridade.

O projeto neoliberal, consolidado no Brasil nos anos 90, entra em confronto com o projeto hegemônico do Serviço Social e com o Movimento da Reforma Sanitária<sup>10</sup>, que defendia como ideais a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com o controle social.

Com a Política de Ajuste Neoliberal, a saúde ficou vinculada ao mercado privatista, ou seja, o Estado “transferiu” à sociedade civil sua responsabilidade, fortalecendo a filantropia e implantou propostas “modernas” baseadas no repasse do fundo público para entidades de direito privado como as Organizações Sociais (OS), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), compreendida como estratégias de contrarreforma do Estado com o discurso da crise econômica afim de superar as deficiências da gestão. (FNCPS, 2015). Nessa direção caberia ao Estado

[...] garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destaca-se o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso. (BRAVO e MATOS, 2009, p.206).

Sobre a retomada da filantropia, da prática do voluntariado e da luta pela garantia de direitos constitucionais, Costa (2009) destaca que as ações do Serviço Social nas unidades de saúde revelam uma tenção entre o trabalho concreto e o ideário da profissão, pois as atividades estão submetidas a um conjunto de determinações sociais pertencentes ao trabalho na sociedade capitalista.

De acordo com Bravo e Matos (2009, p. 206), o projeto de saúde vinculado ao mercado, requisita como demanda ao Serviço Social a “[...] seleção socioeconômica dos

---

<sup>10</sup> “O Movimento Sanitário, que vem sendo construído desde os meados dos anos 70, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília.” (BRAVO e MATOS, 2009, p. 203).

usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória [...], assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”. Contraditória a essa atuação, o projeto da reforma sanitária identifica o/a Assistente Social como o profissional que irá atuar na “[...] busca de democratização do acesso [...] aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã”.

Para superar o modelo biomédico ou modelo médico-hegemônico<sup>11</sup>, o sistema de saúde deveria, segundo Costa (2009, p. 311), “[...] centrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população e articular com as ações intersetoriais com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população [...]”. Dessa forma, recolocaria a saúde na problemática coletiva e superaria a ótica da clínica das doenças e o seu enfoque curativo e individual, no qual exige do/a Assistente Social

[...] conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde. (COSTA, 2009, p. 340).

Ao analisar o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, Bravo (2009) destaca que houve uma expectativa de fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, por ser apontado como um desafio e apresentar representantes comprometidos com o projeto na ocupação de cargos públicos de decisão. Porém, manteve a polarização entre o projeto de saúde articulado ao mercado inviabilizando a concepção de Seguridade Social e dando ênfase nas ações focais.

No contexto atual, pode-se observar a insatisfação dos grupos sociais que resistem ao processo de conformismo diante da crescente mercantilização da saúde, nesse campo “[...] ressaltam-se como movimentos contra hegemônicos: a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os Fóruns de Saúde [...]”. (BRAVO e MESEZES, 2015, p. 8).

De acordo com Bravo e Menezes (2015), em 2012 os professores universitários realizaram uma greve nacional, no qual uma das pautas consistia no posicionamento contra a privatização dos hospitais universitários, ou seja, contra a EBSEH, destacando que no ano

---

<sup>11</sup> Consiste em ações centradas nas atividades da clínica médica curativa individual.

anterior a presidenta Dilma Rousseff sancionou a Lei nº 12.550<sup>12</sup> que prevê o contrato de funcionário pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e por contrário temporário, fortalecendo a lógica de rotatividade do setor privado e consequentemente acabando com a estabilidade do trabalhador. Em 2013, houveram mobilizações e manifestações do povo reivindicando mudanças estruturais, já em 2014 os movimentos questionaram os gastos públicos com a Copa do Mundo, como ainda as mobilizações contra os 50 anos do golpe militar. (BRAVO e MENEZES, 2015).

## 2.2 EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS<sup>13</sup>: CONCEITO E ABORDAGEM NA SAÚDE

O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação entre diversas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas. Pode-se também destacar nesse processo a comunicação como mediação simbólica da linguagem para a articulação das ações multiprofissionais. Ou seja, o trabalho multiprofissional refere-se à conciliação de diferentes processos de trabalho que deve interagir simultaneamente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada profissão e articular as intervenções de cada profissional (PEDUZZI, 2001; 2007).

De acordo com Maciel (2007), atuar em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho com base no conhecimento do trabalho do outro. Ou seja, consiste em construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelos profissionais, bem como a maneira mais adequada de adquiri-los. Durand (*apud* Bruscato, 2004) destaca que a equipe multiprofissional não consiste apenas na somatória das diversas práticas, mas em uma integração através da construção coletiva de um saber mais amplo e próprio de uma equipe multiprofissional que discuta a possibilidade de articulação da atuação das diversas áreas.

O trabalho em equipes multiprofissionais, no âmbito da saúde, consiste em um dos pontos centrais na reorganização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho em equipe surge como uma estratégia para redesenhar os processos de trabalho,

---

<sup>12</sup> Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

<sup>13</sup> Optou-se pela utilização do termo multiprofissionais, tendo em vista que consiste em uma modalidade de trabalho coletivo, ou seja, a prática profissional, sendo descartado o termo interdisciplinaridade, visto que este refere-se a uma interação de diversos saberes dentro de uma perspectiva metodológica de disciplinas de construção de conhecimento.

promover a qualidade dos serviços e as formas de atuar sobre o processo saúde-doença através da interação entre os profissionais e suas ações (CARDOSO e HENNINGTON, 2011). Para alcançar essa interação,

[...] é preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações. As ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe. (PEDUZZI, 2007, p.2).

Conforme Veloso (2005), a equipe multiprofissional é necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam melhorar a qualidade de saúde e de vida das populações. O autor destaca que no trabalho em equipe deve-se abordar três fatores: capacitação profissional, refere-se à formação acadêmica conjuntamente com os projetos políticos-pedagógicos e com o controle social exercidos pelos profissionais; a interface do trabalho, que consiste na área de competência de cada profissão; e a autonomia dos profissionais, onde deve existir a autonomia de cada área, devendo estabelecer o fluxo e a inter-relação das ações.

Peduzzi (2007) destaca que é necessário reconhecer e considerar o trabalho do outro por meio da comunicação e da ética. Considera que a integralidade da saúde compõe características desejáveis do sistema e das práticas de saúde, opondo-se ao modelo biomédico<sup>14</sup>, constituindo-se a principal motivação para a proposta do trabalho em equipe, ou seja, articular as ações que potencializem a compreensão contextualizada das necessidades de saúde dos usuários e da população.

Vale ressaltar um desafio para a consolidação de um trabalho em equipe é a hierarquia institucional. Embora exista a compreensão da proposta do trabalho em equipe de saúde, no cotidiano da prática multiprofissional acaba reproduzindo o modelo biomédico e a subordinação dos profissionais não-médicos ao profissional médico. Dificultando assim, a incorporação dos saberes e da multiprofissionalidade (PEDUZZI, 2007). Mesmo possuindo um discurso crítico sobre a divisão dos trabalhos,

[...] a relação de subordinação pode ser compreendida considerando-se a tendência dos sujeitos de reiterar as práticas sociais de seu tempo histórico, e a alienação do agente de sua própria capacidade de ser sujeito no sentido de posicionar-se diante

---

<sup>14</sup> A autora se refere ao modelo biomédico como uma assistência que consiste fundamentalmente na busca da doença que causa o sofrimento de cada sujeito e na aplicação de tecnologias que combatam a doença (PEDUZZI, 2007, p.2).

das situações e tomar decisões, ciente das regras e dos valores que fundamentam os consensos. (PEDUZZI, 2001, p. 107).

Nessa direção, a autora reflete que um trabalho em equipe, construído na relação trabalho e interação, possibilitará aos agentes maiores possibilidades de interagirem em situações livres de coação e de submissão buscando consensos acerca da finalidade e como executar o trabalho.

### **2.2.1 A atuação do/a Assistente Social em equipe multiprofissional da saúde**

A compreensão da atuação em equipe multiprofissional, conforme ressalta Iamamoto (2012), deve ser desmistificada a ideia de que ao atuar em equipe implica em diluir as particularidades de cada profissão, pelo contrário, as diferentes especializações atribuem uma unidade à equipe, tornando-a rica e preservando suas diferenças, ou seja, condensa uma unidade de diversidade.

[...]. Nesse contexto, o assistente social, mesmo realizando atividades compartilhadas com outros profissionais, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o distingue do médico, do sociólogo, do psicólogo, do pedagogo etc. [...]. Portanto, o trabalho coletivo não impõe a diluição de competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto[...]. (IAMAMOTO, 2012 p. 64).

O/A Assistente Social é um profissional habilitado para exercer suas atividades por meio da inscrição no Conselho Regional de Serviço Social. Possui suas atribuições privativas por meio da Lei 8662/93, e orientações normativas através do Código de Ética de 1993, sendo estas, normas e legislações que fundamentam sua atuação do profissional de Serviço Social, inclusive em equipes multiprofissionais.

De acordo com a Resolução do CFESS nº 557/2009, que dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o/a Assistente Social e outros profissionais, considera que o profissional de Serviço Social vem trabalhando em equipe multiprofissional onde, “[...] atua conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo em sua dimensão de totalidade e, assim, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, abrangendo os direitos humanos em sua integralidade, [...]” (CFESS, 2009, p. 1).

Conforme a referida resolução, a inserção do/a Assistente Social em espaços sócio-ocupacionais que exige a atuação com outros profissionais, como é o caso da atuação no âmbito da saúde, requer uma intervenção com competência técnica, teórico-metodológica e ético-política. Resolve em seu artigo 4º as especificidades da área de atuação do Serviço Social, no qual dispõem que

Parágrafo primeiro - O entendimento ou opinião técnica do assistente social sobre o objeto da intervenção conjunta com outra categoria profissional e/ ou equipe multiprofissional, deve destacar a sua área de conhecimento separadamente, delimitar o âmbito de sua atuação, seu objeto, instrumentos utilizados, análise social e outros componentes que devem estar contemplados na opinião técnica.

Parágrafo segundo - O assistente social deverá emitir sua opinião técnica somente sobre o que é de sua área de atuação e de sua atribuição legal, para qual está habilitado e autorizado a exercer, assinando e identificando seu número de inscrição no Conselho Regional de Serviço Social.

Parágrafo terceiro - No atendimento multiprofissional a avaliação e discussão da situação poderá ser multiprofissional, respeitando a conclusão manifestada por escrito pelo assistente social, que tem seu âmbito de intervenção nas suas atribuições privativas. (CFESS, 2009, p. 2).

O CFESS disponibiliza também outro documento que norteia o profissional de Serviço Social para atuar no campo sócio-ocupacional da saúde que consiste nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010). O referido documento ao abordar a equipe de saúde destaca que pelas condições de trabalho ou falta de conhecimento das competências dos/as Assistentes Sociais, designam-se ações que não são de sua competência, a exemplo estão, a marcação de exames; solicitação de ambulância; comunicação de óbitos; entre outras.

O Assistente Social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho. (CFESS, 2010, p. 47).

O profissional de Serviço Social pode ser o interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde, pois, em sua formação e atuação profissional possui como princípio o respeito pela diversidade, visto que os indivíduos expressam diferenças quanto às relações de gênero, étnico-racial, orientação sexual, entres outros modos que revelam sua singularidade. Entretanto, dentro de uma sociedade capitalista essa diversidade não é garantida e prevalece a violação de direitos, a opressão que se concretiza em ações de violência. (CFESS, 2010).

De acordo com o CFESS (2010), o/a Assistente Social tem sido chamado para atuar junto com a equipe multiprofissional na viabilização da Política Nacional de Humanização, que objetiva promover a cultura do atendimento humanizado, e nesse contexto, cabe ao profissional de Serviço Social ampliar a discussão de humanização dentro da equipe, contribuindo nas análises dos determinantes sociais que ultrapassam as rotinas dos serviços focalizado no processo saúde-doença.

Destaca-se ainda que a concepção de humanização se encontra no Projeto Ético-político do Serviço Social, devendo ao profissional participar da elaboração das rotinas de trabalho, evidenciando a formação continuada da equipe com o intuito de repensar o modelo de atenção à saúde, contemplando a participação do usuário nesse processo. Nessa direção, o CFESS (2010, p. 52) ressalta que “[...] a Política Nacional não pode estar dissociada dos fundamentos centrais da política de saúde e a garantia dos princípios do SUS, e deve ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária [...]”.

Dentre várias atribuições profissionais da categoria, o CFESS (2010) aponta como ações dos/as Assistentes Sociais na equipe de saúde o esclarecimento de suas atribuições e competências para os demais integrantes da equipe; construir junto com a equipe estratégias de ações para a realização de seminários e encontros que potencializem a capacitação profissional; garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade; planejar, executar e avaliar ações que assegurem a saúde enquanto direito; avaliar as questões sóciofamiliares que envolvem o usuário e sua família objetivando a participação no tratamento de saúde; entre outras ações que caracterizam a perspectiva de garantia de direitos e de acesso a saúde.

## Capítulo III - PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa tem como base o eixo teórico e empírico. No plano teórico consiste em uma orientação teórica para as formulações relativas ao objeto de estudo e interpreta o problema de pesquisa. Já o estudo empírico se fundamenta a partir da pesquisa de campo, local onde o fenômeno em estudo se manifesta.

### 3.1 PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA DA PESQUISA

A pesquisa elegeu como caminho metodológico o método crítico dialético para atender os objetivos propostos, procedimentos e conclusões. A pesquisa vincula o pensamento com a ação, visto que não separa teoria e prática e acredita-se que as formulações teóricas viabilizam uma intervenção na realidade.

O método é entendido como um instrumento de mediação entre o homem que quer conhecer e o objeto desconhecido, como uma parte do real a ser investigado. Para Lukács, o método não é critério de verdade, o critério de verdade encontra-se na própria objetividade do real. O método marxiano tem como base a tese de que ‘a produção do conhecimento é parte integrante do desenvolvimento histórico do mundo dos homens [...]’, quando no intercâmbio entre o homem e a natureza (sujeito e objeto), se efetiva, ao mesmo tempo, tanto o sujeito, que se (re)constrói, quanto o mundo dado e transformado pela ação do sujeito, e essa relação sujeito-objeto se radica a produção do conhecimento. (ARAÚJO, 2002). Grifos da autora

De acordo com Minayo (2010), toda investigação parte de um questionamento à realidade. Neste trabalho o movimento foi no sentido de responder aos seguintes questionamentos: A pesquisa intenta responder às seguintes questões: *como os profissionais que compõem a equipe multiprofissional de um hospital público compreendem as atribuições do Serviço Social? Qual a importância atribuída à prática do/a Assistente Social? Qual é a imagem da equipe e a autoimagem do Serviço Social? Tem como objetivo geral compreender a imagem e a autoimagem do Serviço Social em equipes multiprofissionais, tendo como campo empírico um hospital público, localizado no município de Caruaru, PE.*

Aqui se entende que a construção do objeto de análise deste trabalho não se encerra aqui, uma vez que “[...] a realidade social não se dá a conhecer, a não ser pela reflexão demorada, reiterada e obstinada.” (IANNI, 1988, p.03). Dessa forma, tomando o método

dialético como referência teórico-metodológica, foi possível, realizar uma análise qualitativa dos dados coletados junto às Assistentes Sociais e demais profissionais da equipe multiprofissionais. Assim, entende-se que o pensamento dialético, de acordo com Kosik (1989, p. 42):

No pensamento dialético o real é entendido e representado como um todo que não é apenas um conjunto de relações, fatos e processos, mas também a sua criação, estrutura e gênese. Ao todo dialético pertence a criação do todo e a criação da unidade, a unidade das contradições e a sua gênese. Grifos do autor

O todo une contradições e entendendo o objeto da pesquisa faz parte desse todo, fez-se necessário para responder a questão que esta dá origem a este trabalho, construir uma análise sobre o objeto de estudo, bem como recorrer a instrumentos e técnicas de pesquisa que se considerou o mais adequado. Dessa forma, o estudo constitui-se em uma pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2010), permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, proporciona a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Para Godoy (1995-a), a pesquisa qualitativa consiste em uma pesquisa que parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve.

A pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos. Esse tipo de pesquisa não procura enumerar ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise de dados.

Para fundamentar a pesquisa fez-se uma pesquisa bibliográfica, que “[...] implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório [...]”. (LIMA e MIOTO, 2007, p. 38). Esse trabalho também utilizou a pesquisa documental, que segundo Silva (2009), busca compreender o fenômeno estudado de forma indireta por meio de análise dos inúmeros tipos de documentos. Tais documentos utilizados foram: diário de campo, Lei que Regulamenta a Profissão nº 8.662/93, Código de Ética de 1993 e a Resolução do CFESS nº 557/2009. Foram excluídos os documentos públicos de regulamentação das profissões que compõem a equipe multiprofissional.

### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

O campo empírico utilizado para a realização da pesquisa de campo, consistiu em um Hospital Público da Rede Municipal do município de Caruaru-PE, no qual foi contemplado por possuir a manifestação do fenômeno estudado.

### 3.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A obtenção dos dados com os profissionais que compõem a equipe multiprofissional do hospital municipal, deu-se através de entrevistas semiestruturadas. Minayo (2010) destaca que a entrevista semiestruturada não se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada, mas obedece um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador facilitando sua abordagem.

Através das entrevistas foi possível elaborar uma caracterização da imagem do Serviço Social com a equipe de profissionais do hospital municipal da rede pública de Caruaru-PE. Foram entrevistados os seguintes profissionais: (2) enfermeiro/a, (1) psicólogo/a, (1) clínico geral, (2) pediatras e (1) psiquiatra, bem como as 3 Assistentes Sociais que atuam no hospital.

O critério de inclusão da escolha dos sujeitos da pesquisa consistiu nos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do hospital e atuam nas alas de pediatria, clínica médica e psiquiatria. Assim, os sujeitos da pesquisa foram as Assistentes Sociais, enfermeiros, psicólogos e médicos. A pesquisa obteve a participação de três profissionais da equipe da psiquiatria, dois profissionais da clínica médica (emergência e internos), dois profissionais da pediatria e as três Assistentes Sociais que atuam em ambas as alas, totalizando 10 profissionais. O critério de exclusão consistiu nos profissionais que compõem a equipe administrativa e auxiliares das referidas alas, bem como aqueles que expressaram a opção de não participar da pesquisa.

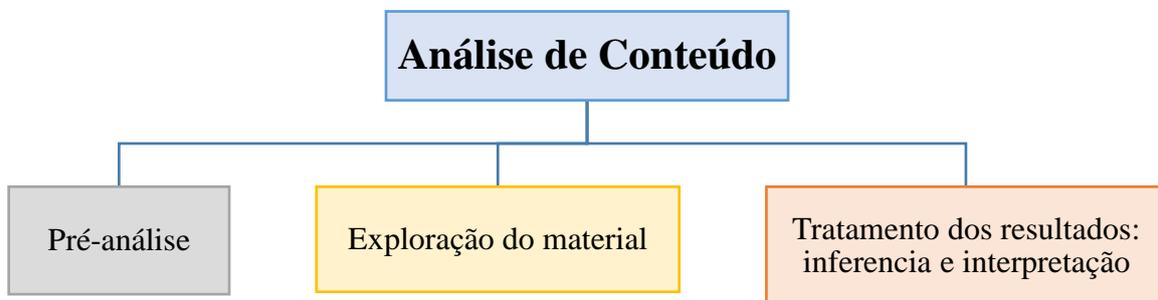
Para análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo que consiste em uma das técnicas de tratamento de dados em pesquisa qualitativa. Segundo Bardin (2011, p. 47), a análise de conteúdo se refere a

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens,

indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para Godoy (1995-b) o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão subentendidas nas mensagens e que passam a ser consideradas. Dessa forma, foi realizada uma comunicação normal, porém buscou outra mensagem, outro significado por meio da primeira.

Segundo Bardin (2011), o pesquisador para analisar os seus dados faz uso de três fases consideradas fundamentais, quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação, conforme ilustra a figura 02.



**Figura 02** – Fases da Análise de Conteúdo  
Fonte: Câmara (2013).

De acordo com Minayo (2010) a *primeira etapa*, a pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados retomando aos objetivos iniciais da pesquisa. Para construir a pré-análise se faz necessário realizar as seguintes tarefas: leitura fluente, onde o pesquisador possui um contato direto com o material de campo; constituição do corpus, diz respeito ao universo estudado em sua totalidade; e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, consiste no processo de retomada da etapa exploratória.

A *segunda etapa*, refere-se à exploração do material. Consiste em uma operação de classificação para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso o pesquisador deverá encontrar categorias que são palavras significativas pelo qual o conteúdo será organizado. Já a *terceira etapa*: tratamento dos resultados obtidos e interpretação, o pesquisador submete os resultados brutos a operações estatísticas simples ou complexas, para colocar em relevo as informações obtidas. (MINAYO, 2010).

Desse modo, utilizou-se na pesquisa a análise temática que consiste em uma das modalidades da análise de conteúdo. Essa modalidade segundo Minayo (2010), procura

descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja frequência signifiquem alguma coisa para o objeto estudado.

### 3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) em conjunto com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa dispõe Resolução 196/96 que orienta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. De acordo com Diniz e Guillem (2002), a resolução 196/96 apresenta aspectos fundamentais em relação à defesa dos direitos humanos dos sujeitos envolvidos na pesquisa, dentre eles destacam: a elaboração do termo de consentimento livre e esclarecido (ver apêndice 1); o cuidado em relação aos riscos da pesquisa; às formas de seleção dos sujeitos; o ressarcimento dos gastos pessoais e indenização de danos decorrentes de participação dos sujeitos; o estabelecimento de critérios éticos para a quebra de sigilo; a avaliação da relevância social da pesquisa e da confiabilidade sobre a origem das informações.

Em Serviço Social, os parâmetros éticos orientadores das decisões em relação à pesquisa estão referenciados no Código de Ética Profissional (1993), que aponta como valores e princípios fundamentais:

[...] a liberdade, valor ético central, as demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do arbítrio e do autoritarismo; a defesa e aprofundamento da democracia; o posicionamento em favor da equidade e da justiça social. (CFESS, 1993).

Considerando tais princípios éticos, optou-se na pesquisa em caracterizar os entrevistados através de letras do alfabeto afim de resguardar a identidade dos profissionais conforme apresenta a figura a baixo.

**Figura 03** – Lista dos profissionais entrevistados, suas respectivas profissões e ala de atuação.

<b>Entrevistados</b>	<b>Profissão</b>	<b>Atuação nas alas</b>
A, B e C	Assistentes Sociais	Pediatria, psiquiatria e clínica médica
D	Enfermeiro(a)	Clínica Geral
E	Enfermeiro(a)	Psiquiatria
F	Psicólogo(a)	Psiquiatria
G	Psiquiatra	Psiquiatria
H	Clínico Geral	Clínica médica
I e J	Pediatra	Pediatria

Dessa forma, foram considerados os princípios éticos. Assim, não foram mencionados os nomes dos profissionais envolvidos na pesquisa, conforme postula a Resolução n. 466/12 e 196/96 versão 2012 e nem o serviço de saúde que se constituiu o campo empírico da pesquisa.

## **Capítulo IV- IMAGEM E AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: UMA REFLEXÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPES DE SAÚDE**

Este capítulo intenta refletir sobre a imagem e autoimagem do Serviço Social a partir da inserção do/a Assistente Social em equipe multiprofissional em um hospital da rede pública de Caruaru. Trata-se de uma reflexão dos dados coletados através de entrevista semiestruturada realizada junto a equipe do referido hospital. Dessa forma, busca uma relação dialógica entre a pesquisadora, os sujeitos da pesquisa e os autores.

A imagem e autoimagem, como discutido no II capítulo é construída ao longo da trajetória sócio-histórica e constitui-se de um conjunto de traços e características que estão implicados por condições materiais de existência que são historicamente determinados (ORTIZ, 2010).

### **4.1 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ÓTICA DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS**

O trabalho em equipe tem sido tratado como estratégia para enfrentar o processo de especialização na área da saúde. Esse processo possibilita o aprofundamento do conhecimento e a intervenção em aspectos das necessidades de saúde, porém não contempla a articulação das ações e dos saberes. (PEDUZZI, 2001).

A equipe multiprofissional entrevistada consiste de sete profissionais de sexo feminino e masculino que compõem as alas da psiquiatria, pediatria e clínica médica e três assistentes sociais. Os profissionais têm uma concepção diferente de equipe multiprofissional: de integração de trabalhos ou agrupamento de agentes. Esse remete as reflexões de Peduzzi (2001), quando descreve a tipologia de trabalho em equipe apresentando os parâmetros no figura 03.

**Figura 04** – Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento

Parâmetros	Tipologia	
	<i>Equipe Integração</i>	<i>Equipe Agrupamento</i>
Comunicação externa ao trabalho		X
Comunicação estritamente pessoal		X
Comunicação intrínseca ao trabalho	X	
Projeto assistencial comum	X	
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X	X
Arguição da desigualdade dos trabalhos especializados	X	
Especificidades dos trabalhos especializados	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho	X	
Autonomia técnica de caráter interdependente	X	
Autonomia técnica plena		X
Ausência de autonomia técnica		X

Fonte: Peduzzi (2001, p. 105).

A noção de agrupamento, de acordo com o quadro de Peduzzi, evidencia uma fragmentação e justaposições das ações e agrupamento de profissionais. Já na integração há uma articulação das ações que coadunam com a proposta da integralidade das ações de saúde e a interação dos profissionais. “Entende-se por articulação as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas”. (PEDUZZI, 2001, p. 106)

Nesse sentido, as falas dos sujeitos revelaram que no hospital pesquisado há os dois tipos de equipes: integração na ala de psiquiatria e agrupamento na clínica médica e pediatria como podem ser verificado na fala das entrevistadas A e B:

A emergência é a ala que mais a equipe multiprofissional tem dificuldade, é também a ala que mais requisita a atuação do Serviço Social [...]. Mas é também onde o Serviço Social não coloca em prática a sua teoria. Temos que procurar saber dos pacientes que estão na ala, das suas necessidades, se tem acompanhante, se se encontra sozinho, de onde vem, como chegou aqui. Essas questões poderiam ter respostas mais rápidas se a equipe multiprofissional funcionasse. Essa deveria ser uma ação da equipe multiprofissional. Ao perceber questões para o Serviço Social, solicitar a sua participação para atender as necessidades do usuário. O Serviço Social está sempre procurando romper essa barreira para poder fazer uma atuação específica da atuação no serviço de emergência. (Entrevistada A).

A gente faz mais reuniões na psiquiatria, com a participação da enfermeira, Assistente Social, terapeuta ocupacional, a psicóloga e com o médico com qual discutimos alguns casos. Na emergência discutimos pouco com o médico que faz a evolução com a enfermeira que está de plantão, é um contato mais informal. Mas a gente sempre está em contato com o médico/a da evolução por que eles vêm todo

dia para fazer a evolução dos pacientes. [Refere-se aos usuários internos]. O da emergência é mais quando ele solicita quando tem algum caso que desconfia de alguma coisa mais específica, como por exemplo na ala de pediatria, em situações em que precisa entrar em contato com os familiares. (Entrevistada B).

Os dados da pesquisa revelaram que um dos entraves encontrados na integração da equipe multiprofissional consiste na centralidade das atividades do hospital na figura do médico, ao processo curativo da saúde-doença considerado como modelo biomédico ou médico hegemônico.

Nessa direção, Peduzzi (2007) destaca que esse modelo reproduz a prática multiprofissional das equipes de saúde, consequência da hierarquia institucional no qual os profissionais da equipe encontram-se subordinado ao profissional médico, dificultando a interação dos agentes e de seus saberes na execução do trabalho.

As entrevistas revelaram indiretamente que o desenvolvimento das ações depende do posicionamento ou solicitação do médico, podendo ser usado como exemplo a entrevistada C que contemplou em sua fala os encaminhamentos que acontecem para fora do hospital. Explica que o médico solicita encaminhamento para alguma especialidade e ela entra em contato com a rede para solicitar o encaixe do usuário para que este tenha acesso ao serviço. A reprodução do modelo biomédico fica evidente na sua fala “É dessa forma, o médico pede e a gente agiliza.” (Entrevistada C).

Essa perspectiva foi reproduzida na fala da entrevistada J no qual faz uma crítica a confusão de tarefas realizadas pelas Assistentes Sociais: “[...] Se elas fizessem a função delas iriam ajudar. [...] existe situações que elas distorcem a função delas, passa a querer tomar as decisões médicas ou invadir a enfermagem dos técnicos e acabam que só complicam a situação e não fazem a parte em que poderiam ajudar [...]”. Pontua que o Serviço Social “ajudaria” se atuasse no setor da triagem, mais à frente do hospital e não depois de passar pelo médico, pois, compreende que dessa forma iria desafogar o número de atendimentos. Nessa direção, pode-se compreender que centralidade das ações dos outros profissionais não médicos devem ser desenvolvidas para “ajudar” ou facilitar as atividades do médico, mesmo que estas não sejam de competência de sua categoria.

Diante do exposto, os profissionais foram convidados a refletir sobre a potencialidade e a dificuldade da atuação em equipes multiprofissionais. A potencialidade foi apontada pelas Assistentes Sociais A e C consiste na participação de cada profissional para que uma determinada ação seja tomada para garantir os direitos dos usuários. Essa articulação foi

identificada na ala de psiquiatria, mas não é uma prática nas outras alas. Já em relação à dificuldade foi colocado que as ações são realizadas em uma concepção de atitudes isoladas para cada caso, reproduzido na clínica médica, na pediatria e na emergência. Já a profissional B compreende que a potencialidade e a dificuldade do trabalho em equipe multiprofissional depende de cada profissional, das relações interpessoais e a consciência e conhecimento que cada profissional tem de suas competências e atribuições.

Outro aspecto apontado pelo entrevistado H como uma potencialidade é que o profissional não responde sozinho pelo paciente. Em uma equipe multiprofissional integrada há a implicação de todos os profissionais: “[...] você se sente mais garantido no que você faz e no que a equipe faz, por que a ação foi um consenso. Onde todo mundo percebe que essa é a melhor forma de atender ao usuário.” O problema destacado pelo entrevistado H consiste na ideia de que toda a equipe vai fazer o possível para atender de forma adequada o usuário, mas para ele isso não é verdade. Nessa direção destaca:

Muitas vezes a gente tenta fazer tudo, mas chega em uma área, um setor onde tudo é difícil. Nada flui. Então, você quebra esse vínculo. No momento em que cada um faz bem a sua parte, tudo dá certo. Entendo que mais o paciente é formado de partes. Eu não tenho como fazer só a minha porque eu sei que vão ter outras áreas que tem que ser abordadas. Às vezes se esse grupo em uma determinada área não é um grupo que não é integrado, tudo que foi feito antes se perde. [...]. Eu acho que é porque a gente está em uma equipe que está integrada, mas nem todo mundo tem essa ideia.

A entrevistada J identifica como potencialidade de trabalhar em equipe multiprofissional, a realização de atividades em conjunto, pois se que cada um faz a sua parte da melhor forma possível, a equipe consegue um bom resultado. Destaca como dificuldade quando os profissionais confundem as tarefas e um profissional acaba invadindo a área do outro e não resolve o que tem de ser resolvido em sua área. Já o entrevistado G destaca que trabalhar em uma equipe coesa, articulada é uma boa estratégia para o desenvolvimento rápido das atividades. Como dificuldade identifica o desvio de função das Assistentes Sociais, pois elas desenvolvem atividades que não são de sua competência.

#### 4.2 COMPREENSÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O SERVIÇO SOCIAL

Para abordar como a equipe multiprofissional compreende o que é Serviço Social, parte-se da ideia de que o significado social da profissão só pode ser desvelado a partir da

análise da profissão, de suas demandas, tarefas e atribuições nas equipes em desenvolvem o seu fazer profissional.

[...] é preciso ultrapassar a análise do Serviço Social em si mesmo para situá-lo no contexto de relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista, particularmente, no âmbito das respostas que esta sociedade e o Estado constroem, frente à questão social e às suas manifestações, em múltiplas dimensões. Essas dimensões constituem a sociabilidade humana e estão presentes no cotidiano da prática profissional, condicionando-a e atribuindo-lhe características particulares. (YAZBEK, 2009-b, p. 3).

De acordo com Iamamoto (2009, p. 169), o Serviço Social é uma profissão que “[...] dispõe de particularidades na divisão social e técnica do trabalho coletivo – e que requer fundamentos teóricos-metodológicos, a eleição de uma perspectiva ética e a formação de habilidades densas de política.

Quando questionado aos participantes da pesquisa o que eles entendiam sobre a profissão de Serviço Social as respostas foram baseadas nas atividades desenvolvidas pelo Serviço Social no hospital. A entrevistada D identificou que o Serviço Social tem o papel de integrar o usuário a família e de ser a ponte entre a comunidade e o hospital. Já a entrevistada E destacou que o/a Assistente Social é um profissional que realiza um trabalho de assistência no âmbito da saúde. Com uma concepção diferente a entrevistada F contempla que o Serviço Social:

[...] possui uma visão mais ampla do usuário inserido no contexto social e a preocupação de facilitar todo o trânsito da compreensão da família, da inserção dele na sociedade, e a partir disso ter até uma compreensão maior da história de vida desse usuário. Então, acho que o Assistente Social faz todo esse movimento de compreender não só o usuário na sua individualidade mais também tentar entender o usuário inserido na família e no seu contexto social.

O entrevistado G apesar de informar que não possuía uma ideia formada do que é o Serviço Social, identificou a Assistente Social como uma facilitadora entre vários setores, por possuir habilidade de articular os setores e ajudar na resolução de problemas. Visualiza que o Serviço Social possui um pouco da psicologia em sua atuação, pois atua com a família em alguns momentos mais difíceis, como nos casos de óbito ou doenças graves.

Concordando com as colocações de outros profissionais, o entrevistado H aponta que o Serviço Social é uma profissão que está no hospital para “[...] auxiliar a resolver junto com a equipe multiprofissional dificuldades que não se refere somente à saúde, mas especificamente, relacionados ao cotidiano, ao contexto em que o paciente vive: as

dificuldades familiares, a dificuldade do acesso ao SUS, ao exame a alguma coisa [...]”, permitindo que o usuário tenha garantido o direito de acesso ao serviço.

Através de uma postura crítica a entrevistada J indagou que “[...] nunca ninguém chegou e explicou exatamente qual a área que eles podem atuar no que, que eles podem ajudar, o que é que eles podem resolver [...]”. Entretanto, ressaltou que pede orientação ao Serviço Social quando encontra “[...] dificuldade nas questões sociais, econômicas, educacionais, especialmente orientar as mães que muitas crianças adoecem por conta de desnutrição, por falta de higiene, por falta de alimentação adequada, por falta de uma educação [...]”.

É importante destacar que os/as Assistentes Sociais têm autonomia no exercício profissional e não é obrigado a realizar ações que sejam incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções. Todas as ações sejam em qualquer espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres tal como consta no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão que deve ser respeitados pelos profissionais e pelas instituições em que os/as Assistentes Sociais atuam.

#### **4.2.1 Prática assistencialista ou de garantia de direitos?**

De acordo com Ortiz (2007), a imagem do Serviço Social é socialmente construída e se expressa na tensão entre o perfil assistencialista e o perfil do profissional comprometido com o projeto hegemônico da profissão.

[...] vários elementos que compõem a imagem socialmente existente do Serviço Social, como o perfil voluntarista; a subalternidade; a exigência de respostas imediatas e geralmente limitadas ao nível da aparência da situação demandada; o primado dos valores morais do agente profissional sobre sua “especialização” técnica e a conseqüente desqualificação da teoria; dentre outros, parecem conviver com outros traços, que apontam para a construção de uma nova auto-imagem profissional – aquela do profissional que defende e luta por direitos sociais e reconhece seu papel e limites na divisão social e técnica do trabalho, presente no projeto profissional hegemônico na atualidade. Há, em nosso entender, um progressivo distanciamento entre os elementos que, tradicionalmente, compõem a imagem social da profissão e aqueles que hoje atravessam o projeto e o perfil profissional a ele subjacente, redundando em um processo de metamorfose da imagem da profissão. (ORTIZ, 2007, p. 193).

Dos sete profissionais entrevistados cinco apontaram que reconhece a atuação do Serviço Social sob os dois aspectos: de ajuda e de garantia de direitos. A perspectiva de

“ajuda/assistencialista” foi abordada em relação ao “ajudar a equipe” ou usuário em situações mais urgentes, como ressalta a entrevistada F, “[...] quando o paciente chega aqui eles procuram, pontualmente, vê naquele momento o que é necessário, mas na visão de sempre garantir os direitos, sempre lutar pelos direitos do paciente [...]”. O entrevistado G aponta que as Assistentes Sociais não são “caridosas”, mas ajudam sob uma perspectiva mais humana como aponta em sua fala: “[...] Acho que elas são instruídas a saber como lidar com pessoas é que às vezes o médico não faz muito bem isso. [...] a Assistente Social sabe chegar com jeito, ela sabe chegar com carinho, além da formação dela, coloca a parte humana também.” Já a garantia de direitos o entrevistado coloca de forma bem pontual a ausência de luta de direitos pela classe, para garantir melhores condições de trabalho: “[...] Assistente Social também tem direito e obrigação de cuidar dos seus direitos.” (Entrevistado G).

Na concepção de garantia de direitos a entrevistada I aponta que o usuário tem o direito e, muitas vezes, não sabe como ter acesso a eles e a atuação do Serviço Social tem esse papel no contexto da política de saúde que orientar de modo que facilite o acesso. O entrevistado H ressalta que a atuação das Assistentes Sociais é de garantia de direito, pois,

[...] Quando eu digo que é uma ajuda dá a ideia que eu faço algo que o paciente não teria o direito e ele tem o direito. Então, no momento em que uma ajuda parece um favor, ela não é um favor. Então, acho que uma forma da gente garantir que o paciente tenha acesso ao serviço como direito. Agora, como a abordagem médica é limitada ao exame clínico, aí são os outros profissionais, a exemplo das Assistentes Sociais que atua na direção de garantir esse acesso.

Os profissionais de todas as áreas utilizaram para designar as pessoas que buscam o serviço de saúde os termos: usuário e paciente. É importante destacar que cada termo tem sua especificidade. De acordo com Saito *et al* (2013, p. 176):

[...] não se trata apenas de questão semântica, pois as denominações propiciam e induzem diferentes maneiras de olhar e compreender os objetos nomeados, ou como construímos a realidade. A relação profissional conota a ideia de que o paciente é, sobretudo um cliente, ou seja, um usuário, um comprador de serviços, qualquer que seja o contexto em que é atendido. Portanto, não há consenso nas concepções dos termos cliente, paciente e usuário nas relações da pessoa que utiliza o serviço de saúde e o profissional da área.

As autoras chamam a atenção sobre o uso das expressões, visto que têm algumas diferenças e têm raízes diversas, mesmo que usadas como sinônimos. O termo paciente está relacionado com a pessoa que tem paciência, sereno, conformado. “A maioria dos profissionais considera o não envolvimento emocional como uma maneira de cuidar de si” (176). Para quem pensa assim acredita que esse/a profissional está mais propício para

compartilhar os sentimentos com o paciente. Além da ideia do termo paciente sugerir uma relação mais íntima, este também é o termo mais utilizado. Porém, a sua utilização, segundo as autoras “[...] pode sugerir implicitamente uma posição passiva e hierarquicamente inferior em relação ao profissional, visto que a origem do termo refere-se à palavra *sofredor*, derivada do latim: *patiens*, de *patior*, que significa sofrer”. (p.176). Grifos das autoras.

O termo usuário se refere aquela pessoa que desfruta de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular. Dessa forma, pode-se compreender o termo usuário em um sentido mais amplo ultrapassando “[...] o ideário passivo ou liberal, que percebe a saúde como um bem de consumo regulado pelas leis de mercado, no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania”. (SAITO *et al*, 2013, p. 176).

Há uma mescla dos termos usuário, paciente e cliente nos serviços de saúde sem que os profissionais se deem conta do que representam. As autoras ressaltam que na assistência à saúde é importante problematizar de maneira contextualizada a relação que os profissionais estabelecem com as pessoas que procuram os serviços e usem o conhecimento para o bem social, com justiça e cuidado.

Por fim, as Assistentes Sociais destacaram que suas ações são realizadas em uma perspectiva de garantia de direitos, pois o assistencialismo esteve presente apenas nos primórdios da profissão e que na contemporaneidade não cabe mais essa prática.

#### 4.3 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL

Após a realização das entrevistas foi possível traçar um perfil das Assistentes Sociais que compõem a equipe do Serviço Social no hospital. Consistem em profissionais que estão na faixa etária entre 45 e 55 anos e que atuam entre 04 e 06 anos e apenas uma está na prática há 28 anos. Quanto à formação profissional, foi identificado que fizeram a graduação na modalidade presencial, só uma e em outro estado. Esta acompanhou a implantação do SUS e posteriormente do SUAS, e as demais realizaram a graduação a modalidade de Ensino a Distância (EaD). Atualmente atuam no campo da saúde. Duas delas têm outros vínculos. Também exercem a profissão de técnico em enfermagem e uma delas atua no campo da educação. Evidenciando o que os/as profissionais de Serviço Social costumam ter mais de um vínculo.

Quando as Assistentes Sociais foram questionadas sobre a motivação para a escolha da profissão, a resposta foi unânime: a admiração da prática de outras Assistentes Sociais que atuam no campo da saúde. “Quando eu visitava os hospitais eu admirava [...], achava muito bonito o atendimento delas, a preocupação delas com os pacientes, os acompanhantes que vinham fazer visitas [...]” (Entrevista da A). “Eu sempre achei bonito o Serviço Social, tinha uma Assistente Social que achava lindo o jeito que ela atendia [...]”. (Entrevistada C).

As respostas dadas pelas profissionais ratificam a importância de compreender os desdobramentos da realidade no campo do exercício profissional, na direção de apreender o processo sócio-histórico de constituição da profissão e as particularidades da atuação profissional.

#### **4.3.1 Atuação no campo sócio-ocupacional da saúde**

De acordo com Bravo e Matos (2009), a demanda direcionada ao Serviço Social no campo da saúde pode ser compreendida através de duas concepções: a de vinculação ao mercado e a Reforma Sanitária. A primeira remete às práticas assistencialistas, fiscalizatórias, seleção socioeconômica, entre outras; já a segunda indica uma atuação na busca de democratizar o acesso à saúde, oferecer um atendimento humanizado e estimular a participação da população.

Ao abordar quais eram as particularidades do Serviço Social na equipe multiprofissional na saúde, as Assistentes Sociais não conseguiram identificar. Assim, deram respostas evasivas e focalizadas nas atividades diárias que consistem: evolução no prontuário do usuário; atuação com os usuários internos das emergências e da psiquiatria; marcação de exames e o trabalho com a família e/ou acompanhante.

Foi apontado também a importância da formação permanente e a necessidade da Assistente Social estar sempre se atualizando, pois todos os dias aparecem novos casos e requerem uma atualização da profissional. Como exposto na fala da entrevistada B: “Trabalhamos tanto com o usuário interno como da emergência clínica, da psiquiatria e da pediatria. Além de trabalharmos em conjunto com as enfermeiras e com os médicos dos internos, realizamos marcações de exames e atuamos também com a família e com o acompanhante”.

Porém, a expectativa criada para a resposta a esse tema seriam as atribuições privativas do Serviço Social, considerando as legislações que regem a profissão. Cabe citar a Lei que Regulamenta a Profissão nº 8.662/93 como dispõe dentre várias atribuições e competências do Serviço Social, aborda em seu Artigo 4º inciso III e V as atribuições privativas do Serviço Social. III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos. Encontra-se previsto no Artigo 5º do CE/93 os deveres dos/as Assistentes Sociais nas suas relações com os usuários/as:

a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código; c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as; d- devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/às usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses; e- informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos; 30 Código de Ética f- fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional; g- contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados; h- esclarecer aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional. (BRASIL, 2012, p. 29-30).

A atuação do Serviço Social no campo da saúde é também orientada pelo CFESS através dos parâmetros para a atuação no campo da saúde, que aponta dentre várias atribuições do/a Assistente Social, prestar esclarecimentos a equipe de saúde sobre as especificidades de sua profissão, construir estratégias em conjunto para viabilizar ações que contribuam na capacitação profissional.

#### *4.3.1.1 Especificidades do Serviço Social*

Na direção de compreender a concepção do que é o Serviço Social para as Assistentes Sociais, de uma forma geral, foram convidadas a refletir e expressar a compreensão sobre as legislações que regem a profissão.

A respeito da Lei de Regulamentação da Profissão 8.662/93, foi apontada pela entrevistada A como norteador da profissão. Para ela, é muito importante, pois desvincula a atuação profissional de Assistente Social da prática assistencialista do início da profissão para uma intervenção comprometida e fundada no acesso aos direitos sociais: “[...] a Lei veio reforçar e nos dar forças para exercer a profissão com dignidade”. A Lei de Regulamentação foi abordada também por outra profissional ressaltando que a lei deu respaldo ao profissional tem ao está regulamentado no conselho, vinculando a lei aos CRESS.

Durante a entrevista foi possível observar uma superficialidade no posicionamento das Assistentes Sociais. Ou seja, faltou criticidade, bem como clareza em relação aos fundamentos de base da profissão. A Lei foi abordada de forma superficial. Acredita-se que esse fato implica na imagem que a equipe multiprofissional tem do Serviço Social e na autoimagem de seus agentes no contexto pesquisado.

No que diz respeito ao Código de Ética de 1993, foi abordado por uma Assistente Social como um meio de visualizar a função de “recorrer sobre o direito do usuário”, ou seja, para que tenha um respaldo sobre sua atuação e atitudes. As outras duas não contemplaram em sua fala o Código de Ética. Pode-se dizer que esse fato dificulta a compreensão e materialização do Projeto Ético-Político da profissão para as próprias profissionais.

Ortiz (2010) ressalta que existe uma clara dificuldade da categoria profissional descrever com objetividade o que consiste o Serviço Social e de explicar a própria natureza da profissão, pois geralmente tendem a indicar o que se faz que segundo a autora, é por se tratar de uma profissão eminentemente interventiva.

#### *4.3.1.2 Atividades dos/as Assistentes Sociais no campo da saúde*

As atividades realizadas pelas Assistentes Sociais no referido hospital consistem em uma atuação em conjunto com a rede de saúde e assistência. Esta rede é composta pelo Ministério Público (MP); Centro de Atuação Psicossocial (CAPS); Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF); Unidade de Saúde da Família (USF), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Centro de Referência da Mulher (CRM); Conselho Tutelar e o Conselho do Idoso.

O MP contribui na efetivação da garantia de direitos dos usuários, como por exemplo, a determinação aos órgãos responsáveis para retirada de documentos, abrigamento e a solicitação de acompanhamento ou de relatórios que possam contribuir para que o usuário saia da situação de vulnerabilidade em que se encontra.

A relação com o NASF, USF, CRAS e CREAS permite que a Assistente Social identifique o usuário e o seu perfil, recolha informações que contribuam para a identificação e analisar as possibilidades de acompanhamento pelas instituições. Como relatado pela entrevistada B: “Quando o usuário não tem família nós entramos em contato com o CREAS, caso ele esteja em situação de risco, com CRAS ou com as USFs para obtermos informações sobre o usuário, bem como realizar encaminhamentos, ou seja, fazer a ponte.” O contato com as instituições geralmente é realizado por telefone e quando há necessidade é encaminhado relatório, em sua maioria ao MP e ao Conselho Tutelar e do Idoso. De acordo com as Assistentes Sociais, as principais ações da equipe de Serviço Social são:

- ✓ Orientação sobre o respeito às normas e conduta do hospital;
- ✓ Orientação a família em relação ao tratamento realizado na ala da psiquiatria a respeito das visitas, ou até sobre o próprio tratamento.
- ✓ Orientação quando há casos de violência contra a mulher para que a usuária possa se dirigir ao Centro de Referência Maria Bonita (CRM);
- ✓ No caso de violência contra a mulher, informam sobre os benefícios que irá encontrar no CRM que poderá proporcionar a reflexão da situação de violência que está vivendo e que permita conhecer os meios de sair dela;
- ✓ Orientação aos idosos e a sua família sobre a aposentadoria.

A entrevistada B destacou a importância do registro de atividades no livro de ocorrência: “[...] nem sempre dá tempo de escrever todos os dias no livro”. Identifica como uma prática fundamental, pois, em uma necessidade, pode-se recorrer aos registros e identificar quais os procedimentos que foram tomados com o usuário.

Uma atividade contemplada na fala das três Assistentes Sociais consistiu na marcação de exames dos pacientes internos que é solicitada pelos médicos, em sua maioria são exames específicos que requer certa urgência. Ao considerar o caráter imediatista da ação profissional, Ortiz (2010) assinala que no cotidiano é criada uma autoimagem do profissional a falsa ideia de que a teoria nada tem a ver com a prática e acaba reproduzindo a concepção do empregador, no qual identifica que contratou um profissional para agir e não para pensar nas respostas imediatas dos problemas.

#### 4.4 A IMPORTÂNCIA DA PROFISSÃO PARA A SOCIEDADE

Com o intuito de compreender quais as interpretações das profissionais sobre a intervenção do Serviço Social para a sociedade, foi estimulado na entrevista que a profissional abordasse sua profissão em uma concepção mais ampla, ou seja, além do seu cotidiano no hospital. Assim, a Entrevistada A destacou que é muito importante, pois,

[...] na sociedade encontramos pessoas bem esclarecidas, mas também encontramos muita gente leiga que não sabe se direcionar a uma secretária de saúde, muito menos a um ministério público, ela não tem o mínimo de informação. [...] Ela vem ao hospital porque sabe que aqui tem uma Assistente Social.

As considerações da Assistente Social C foram restritas a satisfação dos usuários ao saírem do hospital. Falou que não conhece o bairro em que está localizado o hospital e que não poderia dar mais detalhes como é “lá fora”. Entretanto, chamou a atenção que o Serviço Social muitas vezes não é visto com bons olhos por impor regras e normas, mas que também recebe elogios e presentes por sua atuação.

Diante do exposto, concorda-se com Iamamoto (2009) ao considerar a atuação técnica dos/as Assistentes Sociais limitando sua relação com a sociedade e possuindo uma visão isolada da realidade, no qual deveria existir uma ótica da totalidade na apreensão da dinâmica da vida social, visto que o Serviço Social participa no processo de produção e reprodução das relações sociais.

[...] O Serviço Social é uma ‘profissão voltada à intervenção no social’. Esse caminho está fadado a criar um profissional que aparentemente sabe fazer, mas não consegue explicar as razões, o conteúdo, a direção social e os efeitos de seu trabalho na sociedade. Corre-se o perigo do assistente social ser reduzido a um mero ‘técnico’ [...]. O resultado é um profissional mistificado e que reproduz mistificações dotado de uma frágil identidade com a profissão [...]. (IAMAMOTO, 2009, p. 169). Grifos da autora.

Nessa direção, é necessário que em sua formação o/a Assistente Social compreenda que o Serviço Social, como destaca Iamamoto (2009), é indissociável das particularidades e desenvolvimento da sociedade, pois a profissão se configura nas relações entre Estado e sociedade, em que são apontados seus limites e possibilidades para a atuação profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para proceder com as considerações finais, faz-se necessário resgatar o objeto e os objetivos da pesquisa como ainda, retomar o diálogo com os autores que fundamentaram a construção desse trabalho.

O caminho realizado durante a pesquisa constituiu-se em uma relação dialógica com os autores que fundamentam e tornaram-se facilitadores para compreensão do objeto em estudo. O capítulo I contemplou os principais autores que fazem a trajetória histórica do Serviço Social, a exemplo Silva e Silva (2011); Martinelli (2009); Yamamoto e Carvalho (2010); Netto (2011) e Behring e Boschetti (2011), dentre outros, que construíram os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos da profissão, proporcionando a base para a compreensão da imagem histórica do Serviço Social e os aspectos que contribuíram para que ela fosse alterada facilitando a compreensão da atual imagem social da profissão.

A pesquisa possuiu como objetivo geral compreender a imagem e a autoimagem do Serviço Social em equipes multiprofissionais, tendo como campo empírico um hospital público, localizado no município de Caruaru, PE. Os objetivos específicos foram:

- ✓ Descrever a atuação do Assistente Social no campo sócio-ocupacional da saúde;
- ✓ Verificar a importância atribuída ao fazer profissional dos/as Assistentes Sociais que atuam na ala da Pediatria, Clínica Médica e Psiquiatria do hospital, buscando identificar como os demais profissionais entendem a atuação do/a Assistente Social;
- ✓ Elaborar um perfil do/a Assistente Social ressaltando:
  - e) A escolha da profissão
  - f) A especificidade da profissão
  - g) A importância da profissão para a sociedade
  - h) O reconhecimento social da sua atuação
- ✓ Analisar a prática do Serviço Social em equipes multiprofissionais procurando destacar as dificuldades e potencialidades da relação com os demais profissionais.

Para refletir o tema em foco, o capítulo II contemplou a compreensão histórica da imagem do Serviço Social por meio das obras de Ortiz (2007; 2010; 2012), principal autora que contempla os fundamentos da imagem social do Serviço Social no Brasil e a abordagem da autoimagem dos seus agentes. Contemplou ainda, as particularidades do Serviço Social e seu reconhecimento enquanto profissão e formação do Projeto Ético-político, como também

as legislações que regulamentam e supervisionam a atuação profissional, referenciado nas obras de Netto (2009), Behring e Boschetti (2011) e Yamamoto (2009).

Para fundamentar as considerações dos dados coletados na pesquisa e atender ao objetivo de descrever a atuação do Assistente Social no campo sócio-ocupacional da saúde, foi necessário compreender a estrutura da saúde, contemplando os aspectos políticos e econômicos em que o Serviço Social foi inserido e quais as demandas que solicitavam a atuação do/a Assistente Social. Teve como principal referência os trabalhos desenvolvidos por Bravo (2009) e outros autores que refletiram em conjunto com a mesma.

Refletiu o conceito de equipe multiprofissional e sua abordagem no campo da saúde através das considerações de Peduzzi (2001; 2007) e outros autores que compreendem a importância de uma atuação em equipe multiprofissional, como ainda suas particularidades e necessidades para efetivação de uma prática condizente com esta modalidade de trabalho coletivo.

Posteriormente, as especificidades da atuação do Serviço Social na equipe multiprofissional da saúde, tal como os documentos disponibilizados pelo CFESS que norteiam a atuação profissional refletindo a prática e o posicionamento da profissão na política de saúde.

O percurso metodológico da pesquisa, abordado no capítulo III, optou-se na perspectiva epistemológica da pesquisa o método crítico dialético, mais utilizado nas pesquisas em Serviço Social por contemplar as contradições entre o Estado e sociedade, possuiu como norte os objetivos propostos, bem como a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas e a análise dos dados e as categorias analíticas, utilizou-se o método de análise de conteúdo.

A análise dos dados adquiridos no campo empírico em locus, foi empreendida no capítulo IV por meio de uma relação dialógica entre o referencial teórico abordado na pesquisa, as impressões da pesquisadora e os dados coletados nas entrevistas. Como tratada por Ortiz (2010), a imagem e autoimagem do Serviço Social é construída ao longo da trajetória sócio-histórica e é composta pelo conjunto de traços e características determinadas historicamente. A pesquisa identificou que:

- ✓ A compreensão da equipe multiprofissional do hospital, empreendida através da tipologia de integração e agrupamento, como apontada por Peduzzi (2001), sendo

identificada na fala das profissionais entrevistadas, integração na psiquiatria e agrupamento na clínica médica.

- ✓ Centralidade das atividades na figura do médico, reproduzindo o modelo médico hegemônico ou biomédico, abordado por Costa (2009) e Peduzzi (2007).
- ✓ O Serviço Social compreendido pela equipe como uma “ponte” entre a comunidade e o hospital. Como uma profissão que compreende o usuário inserido na família e no contexto social. Identificado ainda, como auxiliar e resolver problemas que não se refere exclusivamente a saúde, mas no contexto que vive o usuário.
- ✓ A prática das Assistentes Sociais como assistencialista ou de garantia de direito compreendida em sua maioria pela equipe como “ajuda” nas atividades com a equipe e de garantia de direitos do usuário para acessar a rede de saúde e assistência.
- ✓ A importância do termo “usuário” para se referir as pessoas que desfrutam de algo coletivo, como é o caso da saúde.
- ✓ Atuação do Serviço Social na saúde foi abordada através de respostas evasivas e focalizadas nas atividades diárias.
- ✓ Abordagem superficial em relação aos fundamentos de base da profissão contribuindo na imagem que a equipe multiprofissional possui do Serviço Social e acredita-se na fragilidade da formação acadêmica das profissionais para o reconhecimento e materialização do Projeto Ético-político da profissão.
- ✓ Algumas atuações das Assistentes Sociais podem ser identificadas com vinculação ao mercado, onde identifica-se a atuação psicossocial de aconselhamento, ação fiscalizatória e práticas individuais nas alas que evidenciam a prática de agrupamento.
- ✓ Outras atuações caracterizadas pelas orientações e encaminhamentos dos usuários aos serviços oferecidos pelas rede de saúde e assistência, democratizando o acesso e garantindo os direitos dos usuários.

O estudo proporcionou compreender que a imagem do Serviço Social no âmbito da saúde é uma construção cotidiana e é influenciada pela autoimagem dos seus agentes. A pesquisa também evidenciou a importância da educação permanente e de espaços de diálogos para troca de experiências, como forma de fortalecimento da construção da imagem e autoimagem do Serviço Social a partir das contribuições de seus agentes. A pesquisa incitou alguns questionamentos, como por exemplo: *Como a crise política, econômica e social atual interfere na construção da imagem e autoimagem do Serviço Social?* Essa questão poderá ser respondida em outra pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Ângela Rodrigues Alves de. **O metodologismo e desenvolvimentismo no Serviço Social brasileiro – 1947 a 1961**. São Paulo, 2007.

ARAÚJO, Liana Brito de C. **A Questão do Método em Marx e Lukács: o desafio da reprodução ideal de um processo real**, 2002. Disponível em: < <http://25reuniao.anped.org.br/lianabritoaraujot09.rtf>. >. Acessado em: 28 ago. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI Ivanete. **Política Social: fundamentos e sua história**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social. **Rev. Katál. Florianópolis** v. 10 n. esp. p. 46-54 2007

BRASIL. LEI Nº 8.662, de 7 de junho de 1993. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências**. Poder Legislativo, Brasília – DF, 1993.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate**. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Lutas contra a privatização da saúde no Brasil na atualidade**. VII Jornada Internacional Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão. São Luiz/Maranhão, 2015.

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. CFESS (org.). São Paulo: Cortez, 2012.

BRUSCATO, Wilze L. Et. al; **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história.** São Paulo, 2004.

CFESS. **Resolução CFESS N° 557/2009** de 15 de setembro de 2009. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_CFESS\\_557-2009.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf)> Acesso em: 30 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde.** Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas de Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Élide Azevedo. **Trabalho em Equipe e Reuniões Multiprofissionais de Saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança,** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais.** In: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética.** Brasiliense: São Paulo, 2002. Coleção Primeiros Passos.

FNCPS, Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. **Nota da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde à 15ª Conferência Nacional de Saúde.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVVklNpSFNpeDloems/view?pli=1>> Acesso em 21out. 2015.

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades:** uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo, 1995-a. Disponível em: <<http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/20594/S0034-75901995000200008.pdf?sequence=1>> Acesso em 02 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas,** 35(4), 65-71, 1995-b.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

\_\_\_\_\_. **As dimensões Ético-políticas e Teórico-Methodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) Assistente Social na atualidade**. In CFESS, *Atribuições Privativas do/a Assistente Social Em Questão*. 1º Ed. Ampliada, 2012.

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e o Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 32 ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2010.

IANNI, Octávio. **Dialética e Capitalismo**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

KONNO, Cristiane Carla. **A formação profissional na consolidação do Projeto Ético-político do Serviço Social**. Paraná, 2005. Disponível em: <[http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/servico\\_social/MSS40.pdf](http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/servico_social/MSS40.pdf)> Acesso em 17 mar. 2015.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

LIMA, Telama Cristiane Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2014.

MACIEL, Regina H. M. de O. (Org.). **O multiprofissionalismo em saúde e a interação das equipes do programa de saúde da família**. Universidade Federal do Ceará: Ceará, 2007.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: Identidade e alienação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo, 2010.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. A Construção do Projeto Ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

ORTIZ, Fátima da Silva Grave. **O Serviço Social e sua imagem: avanços e continuidades de um processo em construção**. 2007. 303 f. Tese de Doutorado em Serviço Social - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2007.

\_\_\_\_\_. **A Imagem do Serviço Social no Brasil** – avanços e continuidades de um processo em construção. XX SEMINARIO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL, 10, 2012. Córdoba. **Desafíos del contexto latinoamericano al trabajo social**. Argentina: Anais... Córdoba: Argentina, 2012. Disponível em: <[http://200.16.30.67/~valeria/xxseminario/datos/3/3brGraveOrtiz\\_stamp.pdf](http://200.16.30.67/~valeria/xxseminario/datos/3/3brGraveOrtiz_stamp.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social no Brasil: fundamentos de sua imagem social e da autoimagem de seus agentes**, Rio de Janeiro: E-papers/FAPERJ, 2010.

PEDUZZI, Mariana. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 161-177.

PINA, Maria Cristina. **O Serviço Social na contemporaneidade**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>> Acesso em: 17 mar. 2015.

RAMOS, Sâmia; MESQUITA, Marylucia; MADEREIRA, Kátia. **18 anos da Lei 8.662/1993: A maioria da Lei 8.662/1993 em tempo de luta e resistência**. In: CFESS *Manifesta Gestão Tempo de Luta e Resistência (2011-2014)*, Brasília, 2011.

RIBEIRO Jr., João. **O que é positivismo**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Coleção Primeiros Passos).

SAITO, Danielle Yuri Takauti *et al.* Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 22, v. 1, p. 175-83, jan-mar, 2013.

SILVA, Liliane Rodrigues Campêlo da. **Pesquisa documental**: alternativa Investigativa na Formação Docente. In DANACENO, Ana Daniella et al. (Org.) IX Congresso Nacional de Educação. Paraná, 2009. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124\\_1712.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124_1712.pdf)> Acesso em: 02 dez.2014.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira (Coord.). **O Serviço Social e o popular**: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

YAZBEK, Maria C. **Os fundamentos históricos e teóricos-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. In: Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009-a.

YAZBEK, Maria Carmelita, O significado sócio-histórico da profissão. In: Curso: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**, módulo I. Brasília: CFESS / ABEPSS/ CEADUNB, 2009-b.

VELLOSO, Cid. **Equipe multiprofissional de saúde**. Minas Gerais, 2005. Disponível em: <[http://www.confef.org.br/extra/revistaef/arquivos/2005/N17\\_SETEMBRO/09\\_EQUIPE\\_MULTIPROFISSIONAL\\_DE\\_SAUDE.PDF](http://www.confef.org.br/extra/revistaef/arquivos/2005/N17_SETEMBRO/09_EQUIPE_MULTIPROFISSIONAL_DE_SAUDE.PDF)> Acesso em: 20 mai. 2015.

**APÊNDICE**

## APÊNDICE 01

### TERMO DE CONSENTIMENTO

#### TÍTULO DO PROJETO: **IMAGEM E AUTOIMAGEM DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA SAÚDE**

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Faculdade ASCES. Curso de Serviço Social

Eu \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente da minha participação na pesquisa como o título acima citado que tem como objetivo compreender a imagem e a autoimagem do Serviço Social em equipes multiprofissionais, tendo como campo empírico o Hospital Municipal, localizado no município de Caruaru-PE.

A minha participação será registrada através de uma entrevista individual gravada. Fica acordado que a minha identidade será inteiramente preservada e que as informações por mim fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral. Não há riscos relacionados à sua participação. O benefício da pesquisa está relacionado ao desvelamento dos elementos necessários para pensar a imagem e a autoimagem do Serviço Social no contexto de equipes multiprofissionais.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Tenho total liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de estudo, excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da minha participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

A pesquisadora responsável por esta pesquisa é:

Josinês Barbosa Rabelo

Assistente Social mestre e doutora em Desenvolvimento Urbano, professora da Faculdade ASCES, localizada na Av. Portugal, 584, Bairro Universitário- Caruaru - PE – Brasil. Telefone n. 55 (81) 2103.2000.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. A minha participação é formalizada por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora.

Caruaru, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

Participante - Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Pesquisador - Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_