



**MINISTERIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
LINHA CULTURA, IDENTIDADE E PROCESSOS SOCIAIS**

**VIOLÊTA MARIA DA SILVA NOLÊTO**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA MÉDIA COMPLEXIDADE NO  
CAMPO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TIMON (MA):  
AVANÇOS E DESAFIOS *DA E NA* PROFISSÃO**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Maria Goulart Joazeiro  
(Orientadora)

**TERESINA – 2019**

**VIOLÊTA MARIA DA SILVA NOLÊTO**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA MÉDIA COMPLEXIDADE NO  
CAMPO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TIMON (MA):  
AVANÇOS E DESAFIOS DA E NA PROFISSÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito à obtenção do título de Mestra no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

Área de Concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Maria Goulart Joazeiro

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco  
Serviço de Processamento Técnico

N791t      Nolêto, Violêta Maria da Silva.  
              O trabalho do assistente social na média complexidade no  
              campo da saúde do município de Timon (MA) : avanços e  
              desafios *da e na* profissão / Violêta Maria da Silva Nolêto. –  
              2019.  
              207 f.

              Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) –  
              Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.  
              “Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Maria Goulart Joazeiro”.

              1. Atenção Secundária. 2. Serviço Social. 3 Trabalho.  
I. Título.

CDD 361

**VIOLÊTA MARIA DA SILVA NOLÊTO****O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA MÉDIA COMPLEXIDADE NO  
CAMPO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TIMON (MA):  
AVANÇOS E DESAFIOS DA E NA PROFISSÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito à obtenção do título de Mestra no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

Área de Concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Maria Goulart Joazeiro

Teresina, 29 de agosto de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Maria Goulart Joazeiro  
Orientadora – Programa de Pós-Graduação em  
Políticas Públicas PPGPP – UFPI

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Ferreira do Nascimento  
Examinadora Interna – Programa de Pós-Graduação em  
Políticas Públicas PPGPP – UFPI

---

Prof. Dr. Emanuel José Batista Lima  
Examinador Externo – Universidade Estadual do Piauí – UESPI

## AGRADECIMENTOS

---

Agradeço primeiro a Deus e a Nossa Senhora, que me guiaram até aqui e me seguraram dando à luz, proteção e fé necessária para continuar firme nesta caminhada. Diante d'Eles me entreguei diariamente e acreditei na concretização deste sonho, pois “O Senhor é meu Pastor e nada me faltará!” Sl 23

À minha família, iniciando pelos meus avôs paternos, Violêta e Regino (*in memorian*) que dedicaram sua vida para o meu cuidado e educação desde a infância, e aos meus avôs maternos Raimunda Inês e José Amaury (*in memorian*), esses mesmo sem conhecê-los fisicamente sinto a presença de vocês e dos meus avôs paternos. São as estrelas que me guiam nesta caminhada. Como eu desejei que você estivesse aqui comigo vó Violêta para partilhar essa alegria. Vocês são essenciais, pois lá do céu olham por mim.

Aos meus amados pais Regino e Izaura, que me sustentam na fé, proteção e orientação. Se hoje eu consegui chegar até aqui, foi porque vocês e minhas queridas irmãs Reginaura e Regina Dulce estiveram comigo em todos os momentos, me dando força, coragem e me acalmando quando eu precisava. Vocês são os meus sustento e proteção nessa jornada e hoje estamos juntos agradecendo a Deus por esse sonho alcançado. Obrigada por acreditarem em mim e por me ajudar a persistir nesta árdua caminhada!

À minha madrinha Núbia Silva, um exemplo de determinação que busco seguir, pois sempre apostou no meu potencial e aos meus tios e tias pela torcida sempre, em especial ao tio José Augusto pelo cuidado com minha saúde. Aos meus cunhados queridos Danilo Santos e Vitor Vieira, e aos seus familiares, em especial tios Reges e Helena, Paulo Henrique, tios Reginaldo e Francisca, por sempre me apoiarem nessa jornada, seja por meio das orações, dos momentos de descontração e do partilhar dos desertos que passei durante esse processo.

À grande amiga e eterna Professora Doutora Izabel Hérika, você é o anjo que Deus me enviou para me ajudar e orientar desde a graduação em Serviço Social na UFPI, e, sobretudo guiar sempre pelo caminho dos estudos e da perseverança em busca dos meus objetivos como assistente social e pesquisadora. Você é um exemplo o qual busco seguir como pessoa e profissional. Gratidão por todo zelo e cuidado que tens comigo.

À minha orientadora, Professora Doutora Edna Maria Goulart Joazeiro, que com muita dedicação e empenho me acompanhou nesse período de constante aprimoramento intelectual e pela sua valiosa contribuição científica e pelo rigor técnico para a conclusão dessa dissertação. Gratidão pelo exemplo de profissional que és, por me incentivar a trilhar no caminho da pesquisa científica e ter um olhar para além das nossas vivências locais e ampliar este olhar para o mundo, por ter me proporcionado a oportunidade de retornar à Europa para difundir conhecimento e externar internacionalmente o fruto do nosso trabalho de pesquisa. Esta vitória é nossa professora!

Ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, em especial a Coordenadora, Professora Doutora Guiomar de Oliveira Passos, que sempre me orientou e guiou pelo melhor caminho para concretização dessa dissertação, me escutando e acolhendo as demandas como discente, bem como um agradecimento aos funcionários do programa, Layana e Gedaias, sempre muito atenciosos comigo.

Às professoras do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, um agradecimento muito especial às queridas Professoras Doutoras Solange Teixeira, Lila Luz, Edna Joazeiro, Dalva Macedo, Rosário da Silva, Lúcia Rosa, Masilene Rocha, Simone Guimarães, Guiomar Passos, Lúcia Vilarinho, Réia Sílvia, Francineide Pires, Valéria Silva, Rita Sobral, Iolanda Fontenele e Jesuíta Lima, que são fonte viva e inesgotável de conhecimento. Hoje a Violêta é um pouco de cada uma de vocês, pois me espelho no exemplo das grandes profissionais que vocês representam para o Serviço Social no Piauí e no mundo.

Às professoras que participaram das minhas bancas de qualificação do mestrado, Professoras Doutoras Lúcia Vilarinho e Lúcia Vilarinho, agradeço pelas suas valiosas contribuições no aperfeiçoamento desta dissertação. À Professora Doutora Elaine Nascimento, que me acompanha desde a segunda qualificação até a defesa e ao Professor Doutor Emanuel Lima, agradeço pelas contribuições no aprimoramento da dissertação, pela honra de partilhar dessa conquista e participarem da minha banca de defesa. Gratidão aos queridos professores pela excelência no conhecimento.

Às minhas amigas doutoras Cassandra Franco, Teresa Cristina, Ellayne Karoline e Sofia Laurentino e amigo doutor Edmundo Ximenes, e as doutorandas Raquel Jales, Sâmia Luiza e Thaís Guimarães, as amigas mestres Mayra Veloso, Macilane Gomes e Rafaela Santiago, e aos meus amigos da turma de mestrado em Políticas Públicas da UFPI, em

especial Tayla Amorim e Nayra Danyelle, pois vocês amigos, cada um com seu olhar, com seu amor, com sua amizade e com a troca de conhecimentos tornaram essa caminhada mais leve. Gratidão por compartilhar comigo das alegrias e angústias do mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Timon, em especial ao Secretário de Saúde Márcio Sá e aos companheiros de trabalho Thanusa, Lisboa, Clary Anne, Leonardo, Eulálio, Clênia, Luís José, Floriza e Gilciara, que tanto contribuíram com o partilhar das vivências diárias no trabalho na área da saúde, a enfrentar os desafios na gestão municipal e por contribuírem com os dados para pesquisa documental, essenciais para a concretização dessa dissertação, bem como foi o espaço socioocupacional que me despertou mais ainda o interesse em seguir na formação acadêmica discutindo Saúde Pública em Timon.

Ao Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco, espaço socioocupacional que amo trabalhar e atender nos plantões os usuários em suas necessidades de saúde, o lugar em que vivencio na prática a dupla realidade da vida e da morte e luto para que meu trabalho como assistente social contribua para garantir mais vida e cidadania aos timonenses. Trabalhar no Alarico me proporciona uma proximidade maior com meu objeto de pesquisa. Aos diretores Dolival e Candilberto, a coordenadora Socorro Assunção e as companheiras assistentes sociais Marineuda, Joana Karoline, Fernanda e Adelaide, e que dividem comigo a missão de ser assistente social na saúde e as que estiveram nessa vivência comigo Tâmara, Poliana e Angélica.

Ao Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Timon e a equipe da Casa dos Conselhos, com quem partilho da luta em defesa das crianças e adolescentes no município e que entenderam minhas ausências nos momentos em que precisei focar no mestrado.

Aos amigos padres Osório Barbosa, Joaquim Veloso, Diniz e Nilton Pereira, frater Ariton, e ao saudoso Dom Luís D'Andrea, por serem meus diretores espirituais, me ensinarem o poder da fé por meio de suas palavras tranquilas, a exemplo do próprio Jesus Vivo em nosso meio, e por me guiarem na fortaleza da fé cristã. À família da igreja, ao Encontro de Jovens com Cristo, as mulheres do terço da Libertação, em especial a dona Tarcila, pelas constantes e fortes orações para que eu passasse com tranquilidade e paz pelo mestrado.

Às amigas de graduação em Serviço Social na UFPI, em especial à Tâmara Feitosa, que desde a época da graduação és para mim uma grande amiga e exemplo de pessoa e

profissional. Às amigas e amigos que me escutaram e renovaram minhas energias durante esse período, em especial as amigas Poliana Gomes, Carolina Valadares, Thamyres Fonseca, Evellyn, Daniele Lima, Larice Costa, Luísa Gomes, Dayse Lopes, Flaviana Araújo, Francisco de Sousa, Marko Galeno, João Batista e Fábio Fialho.

À amiga Rosângela Silva, que não media esforços para dividir comigo as discussões do mestrado, para me escutar e ela sempre tinha a palavra certa para me dá força na caminhada, e a ajuda na formatação do trabalho. À tia Janete Carvalho, a assistente social que me inspirou a iniciar o curso de Serviço Social e sua saudosa mãe Raimunda Carvalho – tia Mundoca – escritora do livro que retrata tão bem a história de Timon.

Ao amigo Rafael Marques que contribuiu de forma significativa com a elaboração dos mapas de Timon e ao Emanuel pela contribuição com o mapa da distribuição territorial. Ao primo e professor Jeferson Probo agradeço por me acompanhar desde o TCC na correção de português e na versão preliminar desse trabalho. E a professora Luciléia, minha professora de Francês, gratidão pelas contribuições na correção de português na versão final da dissertação.

Às psicólogas, inicialmente Jordelma e no decorrer do processo Leticia Lima, pelo cuidado com minha saúde mental. À coach Katiane Vieira, um presente de Deus que encontrei no decorrer do mestrado e que me ensinou que “Tem poder quem age”. Gratidão!

Às minhas alunas e alunos da graduação e dos preparatórios para concursos públicos, com quem pude compartilhar a experiência da docência e continuarei vivendo essa realização de ser professora. Vamos continuar construindo nossa história na formação acadêmica.

À equipe do Concentra que tiveram todo o cuidado comigo neste período quando precisei estudar em um local mais adequado e silencioso, e os amigos estudiosos do Concentra Fabrícia, Germano e Samuel com quem compartilhava o processo da dissertação.

Às assistentes sociais participantes da pesquisa, trabalhadoras de saúde da Média Complexidade em Timon, que prontamente se disponibilizaram e contribuíram significativamente com a pesquisa, ao partilhar suas vivências e experiência profissional. Gratidão, vocês foram essenciais para a conclusão do mestrado.

Gratidão a todos que contribuíram, seja com uma palavra de incentivo e de coragem, seja com as orações, para que hoje o que era um sonho se torne realidade e permita que por



meios da minha contribuição científica eu possa continuar transformando a vida das pessoas e fortalecendo o trabalho das/dos assistentes sociais na saúde pública.

É a história de gente, gente humilde, mas amiga e solidária que de uma cidade pobre e esquecida no interior do Maranhão, ganhou o mundo e fez um ímpar milagre de multiplicar a cidade pelos exatos números de seus filhos de todos os cantos que, por onde andam e moram, levam no coração uma cidade inteira.

João Rodolfo Ribeiro Gonçalves, 2005, p. 10.

## RESUMO

O estudo teve como objetivo compreender o trabalho do assistente social em instituições de saúde de Média Complexidade no âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Timon (MA). Indagou-se sobre as diversas possibilidades e desafios no exercício profissional do assistente social nos serviços de saúde, enfatizando-se o trabalho que esses profissionais empreendem tanto na Média Complexidade quanto nas interfaces entre esse nível e os demais níveis de complexidade no campo da saúde. A pesquisa de natureza qualitativa envolveu cinco instituições de saúde de Média Complexidade do município de Timon-MA, tendo contado com a participação de cinco assistentes sociais que intervêm nesse nível de complexidade no SUS no município. Na pesquisa de campo, as narrativas nos grupos focais e discussão em grupo de assistentes sociais se constituíram em fonte empírica principal e as respostas aos questionários, em fonte de informação complementar e específica. Utilizou-se pesquisa bibliográfica, documental e informações do IBGE, CNES, DATASUS, SAGI, SVS, IDSUS, Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão da Saúde e normativas referentes à área da saúde. Privilegiou-se a palavra pela qual as narrativas nos grupos se constituíram depoimentos no sentido utilizado por Queiroz foram considerados testemunhos para analisar o trabalho do assistente social e a relação e a articulação de seu trabalho no campo da saúde de Média Complexidade e a interface com os demais níveis de Atenção à Saúde no SUS. Essa relação e articulação foram apreendidas nesse espaço específico – de cuidado à saúde – onde estão em tensão diversas temporalidades e valores. O estudo revelou que o trabalho do assistente social nesse nível de complexidade, está profundamente marcado pela dinâmica de tentar produzir acessos e fluxos mais resolutivos no atendimento na Rede com vistas a imprimir dinamicidade aos processos de fruição do direito à atenção a saúde na esfera do SUS. Contudo esse trabalho está marcado de forma inequívoca por obstáculos presentes na dinâmica da Rede da Média Complexidade, devido às dificuldades de acesso que geram “gargalos” entre os Serviços da Média e da Alta Complexidade da Rede de Atenção à Saúde no Município. Em síntese assinalam a existência de descontinuidades enfrentadas diariamente pelo trabalho desse profissional na interface com o trabalho coletivo nessa Rede. No contexto investigado, as assistentes sociais, demonstraram que a potência do seu trabalho na saúde está marcada pelo diálogo e pela escuta do usuário, pelo acolhimento visando a humanização do atendimento e a busca da fruição do acesso mediadas por densos processos de encaminhamentos à Rede de Atenção à Saúde e para a Rede Socioassistencial, assinalam com ênfase o seu trabalho diário na defesa da vida e da cidadania. O estudo revelou que urge que se reconfigure a dinâmica nas redes de atenção de Média Complexidade, imprimindo movimento e linhas de cuidados compatíveis com as necessidades de atenção à saúde e que se reproponha a centralidade do direito à saúde e a vida nos marcos da política de Saúde local e regional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política de Saúde. Atenção Secundária. Sistema Único de Saúde. Trabalho. Serviço Social.

## ABSTRACT

The study aimed to understand the work of the social worker in health institutions of Medium Complexity within the services of Sistema Único de Saúde (SUS) in the city of Timon (MA). We asked about the various possibilities and challenges in the professional practice of social workers in health services, emphasizing the work that these professionals undertake both in Medium Complexity and in the interfaces between this level and the other levels of complexity in the health field. The qualitative research involved five Medium Complexity health institutions in the city of Timon-MA, and had the participation of five social workers who intervene at this level of complexity in the SUS in the city. In the field research, the narratives in the focus groups of social workers were the main empirical source and the answers to the questionnaires were a complementary and specific source of information. We used bibliographic, documentary and information research from IBGE, CNES, DATASUS, SAGI, SVS, IDSUS, Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão da Saúde and health regulations. We favored the word by which the narratives in the groups constituted statements in the sense used by Queiroz were considered testimonies to analyze the work of the social worker and the relationship and articulation of his or her work in the field of Medium Complexity health and the interface with other levels of Atenção à Saúde in SUS. This relationship and articulation were apprehended in this specific space – health care – where various temporalities and values are in tension. The study revealed that the work of the social worker at this level of complexity is deeply marked by the dynamics of trying to produce more resolute access and care flows in the Network with a view to giving dynamics to the processes of fruition of the right to health care in the SUS sphere. However, this work is unequivocally marked by obstacles present in the dynamics of the Medium Complexity Network due to the difficulties of access that generate “bottlenecks” between the Medium and High Complexity Services of the Municipal Attention Care Network. In summary, they indicate the existence of discontinuities faced daily by the work of this professional in the interfaces with the collective work in this Network. In the context investigated, the social workers showed that the power of their work in health is marked by dialogue and listening to the user, by the reception aiming at the humanization of care and the pursuit of fruition of access mediated by dense referral processes to Rede de Atenção à Saúde and to Rede Socioassistencial, emphasizing their daily work in defense of life and citizenship. The studies revealed that the dynamics of Medium Complexity care networks need to be reconfigured, providing movement and care lines compatible with the needs of health care and that the centrality of the right to health and life within the framework of local and regional health policy is re-established.

**KEYWORDS:** Health Policy. Secondary Care. Sistema Único de Saúde. Work. Social Service

## LISTAS DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

---

### LISTAS DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Quadro comparativo da mortalidade infantil e fetal de Timon-MA no período de 2008 a 2018 por causas evitáveis, não evitáveis e de morte mal definidas.....	47
<b>Quadro 2</b> – Quadro comparativo da mortalidade materna de Timon-MA no período de 2008 a 2018.....	48
<b>Quadro 3</b> – Quadro comparativo da mortalidade prematura, de 30 a 69 anos, por doenças crônicas não transmissíveis no município de Timon-MA no período de 2008 a 2018 .....	49
<b>Quadro 4</b> – Quadro de evolução dos serviços de saúde no município de Timon-MA. 1966-2019.....	51
<b>Quadro 5</b> – Quadro da configuração da Regionalização da Saúde por perímetro Urbano e Rural em Timon em conformidade com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021.....	56
<b>Quadro 6</b> – Quadro da oferta de Serviços de Saúde de Média Complexidade em Timon, MA.....	76
<b>Quadro 7</b> – Quadro da capacidade instalada do Hospital Municipal do Parque Alvorada (HPA), Timon, MA .....	86

### LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Localização do Município de Timon no Estado do Maranhão e no Brasil.....	41
<b>Figura 2</b> – Mapa da Regional de Saúde de Timon em rede com a RIDE Teresina-PI.....	42
<b>Figura 3</b> – População residente nas zonas urbana e rural, por gênero, em Timon, MA .....	44
<b>Figura 4</b> – Território de Timon e a distribuição dos Serviços de Saúde de Média Complexidade .....	60
<b>Figura 5</b> – Localização dos Serviços de Saúde de Média Complexidade em que atua o assistente social em Timon, MA .....	62
<b>Figura 6</b> – Mapa do Índice das Condições de Saúde da População de Timon, MA .....	63
<b>Figura 7</b> – Mapa do Índice da Estrutura Física do SUS em Timon, MA .....	64
<b>Figura 8</b> – Mapa do Índice de Acesso da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar de Timon, MA .....	65
<b>Figura 9</b> – Fluxograma de Atendimento do CIAEE Maria do Carmo Neiva.....	82

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> – População residente, por sexo e zona urbana e rural em Timon, MA. 1991, 2000 e 2010 .....	43
<b>Tabela 2</b> – Registro de famílias no CADÚnico no município de Timon, MA .....	46
<b>Tabela 3</b> – Serviços de Saúde de Média Complexidade, bairro, distrito sanitário e população atendida, em Timon, MA .....	57
<b>Tabela 4</b> – Distribuição dos Bairros em novo perímetro urbano de Timon, População Residente em Timon, MA .....	58
<b>Tabela 5</b> – Serviços de saúde de Média Complexidade de Timon, MA .....	61
<b>Tabela 6</b> – Atendimento do assistente social na Média Complexidade anos 2008-2018 .....	92
<b>Tabela 7</b> – Quantidade de procedimentos realizados segundo profissional na Média Complexidade anos 2008-2018 .....	97
<b>Tabela 8</b> – Quantidade de documentos por registro segundo profissional na Média Complexidade anos 2008-2018 .....	98
<b>Tabela 9</b> – Procedimentos e atendimentos realizados no CAISM nos anos 2013-2018 .....	99
<b>Tabela 10</b> – Procedimentos e atendimentos realizados na Unidade de Saúde Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira, Policlínica nos anos 2014-2018.....	101
<b>Tabela 11</b> – Procedimentos e atendimentos realizados no HPA nos anos 2013-2018 .....	101
<b>Tabela 12</b> – Procedimentos e atendimentos realizados no CIAEE Maria do Carmo Neiva nos anos 2014-2018 .....	103

**LISTA DE SIGLAS**

---

<b>ABEPSS</b>	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
<b>BPA-C</b>	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidada
<b>BPA-I</b>	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada
<b>CAEMI</b>	Centro de Atenção Especializada Materno Infantil
<b>CAISM</b>	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CES</b>	Câmara de Educação Superior
<b>CER</b>	Centro de Saúde
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CFESS</b>	Conselho Federal de Serviço Social
<b>CIAEE</b>	Centro Integrado de Atendimento Educacional Especializado
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CIES</b>	Centro Integrado de Educação Especial
<b>CIR</b>	Comissão Intergestora Regional
<b>CNE</b>	Conselho Nacional de Educação
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CONAS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>COSEMS/MA</b>	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Maranhão
<b>CRAS</b>	Centro de Referência da Assistência Social
<b>CREAS</b>	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
<b>CRESS</b>	Conselho Regional de Serviço Social
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>CTR</b>	Centro de Terapia Renal
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais da Saúde
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família

<b>HPA</b>	Hospital Municipal do Parque Alvorada
<b>HRANP</b>	Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDSUS</b>	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
<b>LDBEN</b>	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
<b>LOAS</b>	Lei Orgânica de Assistência Social
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NOAS</b>	Norma Operacional da Assistência à Saúde
<b>NOBs</b>	Normas Operacionais Básicas
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RIDE</b>	Região Integrada de Desenvolvimento
<b>SAGI</b>	Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
<b>SIA</b>	Sistema de Informações Ambulatoriais
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVS</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>VS</b>	Vigilância em Saúde
<b>WHO</b>	World Health Organization



## SUMÁRIO

---

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
Aprofundando a discussão .....	11
A pesquisa e seus instrumentos de análise.....	15
As participantes do estudo.....	23
<b>CAPÍTULO 1 – POLÍTICA DE SAÚDE, TERRITÓRIO E MÉDIA COMPLEXIDADE EM TIMON (MA) .....</b>	<b>27</b>
1 Trajetória histórica da Política de Saúde no Brasil.....	27
1.1 Níveis de Atenção à Saúde e complexidade no SUS .....	32
1.1.1 Atenção Básica, Média e Alta Complexidade .....	32
1.2 Redes de Atenção à Saúde: entrelaçando estratégias entre os serviços de saúde .....	35
1.3 O território de Timon (MA): da “Cidade Flores” à contemporaneidade .....	40
1.3.1 Perfil Sociodemográfico .....	40
1.3.2 Perfil Epidemiológico .....	47
<b>CAPÍTULO 2 – OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM TIMON (MA): reflexões sobre o trabalho do assistente social .....</b>	<b>67</b>
2. Breve introdução à questão do trabalho e do Serviço Social na Saúde .....	67
2.1 O cenário da Média Complexidade em Timon na perspectiva das participantes da pesquisa.....	75
2.2 Os serviços de Média Complexidade nas narrativas das participantes da pesquisa ..	78
<b>CAPÍTULO 3 – O LUGAR DO SOCIAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TIMON (MA): o trabalho do assistente social na Média Complexidade .....</b>	<b>91</b>
3. Média Complexidade: números e sentidos .....	97

3.1 O trabalho do assistente social na Média Complexidade.....	107
3.2 Questão social e vulnerabilidade social no trabalho do assistente social.....	116
3.3 A instrumentalidade e o planejamento no Serviço Social .....	121
3.3.1 O trabalho do assistente social e a articulação com a equipe Multiprofissional.....	131
3.3.2 A interface do trabalho do assistente social com a Rede de Saúde .....	136
3.4. A rede de petição e compromisso na produção do cuidado em saúde: uma articulação necessária .....	141
3.5 Avanços e desafios no trabalho do assistente social na Média Complexidade .....	148
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>157</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>162</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>173</b>
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>187</b>

## INTRODUÇÃO

---

O estudo tem como objeto o trabalho do assistente social na Política de Saúde na Média Complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Timon (MA), situado na teia de relação interdependente do campo da Saúde, espaço esse que tem na produção do cuidado à população usuária dos serviços de atenção à saúde no SUS seu fundamento, e que tem na atenção às necessidades em saúde e às necessidades humanas (PEREIRA, 2011) na Média Complexidade a matéria-prima para sua intervenção nas múltiplas expressões da questão social.

O objeto foi analisado mediante o uso do método histórico-dialético, buscando apreender as múltiplas dimensões que estão adstritas a esse trabalho *da e na* interface entre o campo da produção do cuidado em situações de agravos à saúde, dando-se na fronteira entre o social com as outras dimensões que compõe a vida em sociedade.

O objetivo geral do estudo foi compreender o trabalho do assistente social nas instituições de saúde pública de Média Complexidade no município de Timon (MA), enfatizando o trabalho que esse profissional empreende tanto no espaço da Média Complexidade, quanto o realizado na interface entre esse nível e os demais níveis de complexidade no campo da saúde. Decorre do objetivo geral do estudo os objetivos específicos: i) Analisar o trabalho do assistente social nos serviços de saúde de Média Complexidade no município de Timon; ii) Compreender como esse trabalho é realizado pelo assistente social em articulação com as diversas profissões nas instituições de saúde de Média Complexidade no referido município; iii) Compreender o espaço sócio ocupacional do assistente social na Atenção à Saúde em nível de Média Complexidade no território timonense e a relação do trabalho do assistente social na interface com a Rede de Saúde nos demais níveis de complexidade; iv) Identificar a rede de petição e de compromisso instituída entre as instituições de Média Complexidade e os demais níveis de complexidade da saúde no município de Timon; v) Analisar os limites, desafios e as potencialidades do exercício

profissional do assistente social com vistas a compreender a dinâmica do trabalho e os tensionamentos específicos dessa esfera de atuação e vi) Identificar o trabalho do assistente social na Média Complexidade realizado na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta do estudo, apresenta-se como problema de pesquisa a indagação de como tem se dado o trabalho do assistente social nas instituições de saúde pública de Média Complexidade no município de Timon (MA) e quais são as suas interfaces com os demais níveis de complexidade no campo da saúde.

Nessa perspectiva, é importante destacar que o assistente social é o profissional que atua “nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção propositiva dos usuários do Serviço Social no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho” (CNE/CES, 2002). O assistente social é reconhecido pela intervenção na esfera da assistência, do planejamento, da gestão, no trabalho junto aos movimentos sociais, nos conselhos de direitos e como gestores de políticas públicas, enfim, trata-se de uma profissão reconhecida pela Lei n. 8.662/93, que historicamente constrói o seu fazer na relação com o “real em movimento” (MARX, 2006), intervindo tanto na viabilização do acesso ao direito, no acesso à informação, quanto nas mediações de conflitos, sempre na direção de conceder respostas pertinentes às sequelas da questão social (IAMAMOTO, 2008) na garantia de direito dos usuários.

Na série histórica, assinala Netto (2001) que, somente após a publicação do primeiro volume d'O Capital, em 1867, que a “razão teórica acedeu à compreensão do complexo de causalidades da ‘questão social’ (op. cit., p. 45), pois somente com o “conhecimento rigoroso de ‘processo de produção do capital’ Marx pode esclarecer com precisão a dinâmica da produção da ‘questão social’, consistente em um complexo problemático muito amplo, irreduzível à sua manifestação imediata do pauperismo” (op. cit., p. 45). A relação de exploração é indissociável desse processo, em que por meio da relação capital-trabalho a análise de Marx oferece n'O capital uma perspectiva analítica que revela, que a “‘questão social’ está elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – a exploração” (op. cit., 2001, p. 45).

A análise de Iamamoto (2009) aponta para a trajetória histórica da profissão e o seu vínculo direto com as políticas sociais públicas. O assistente social é um profissional

especializado, inserido na divisão social e técnica do trabalho coletivo, que atua em diversos espaços sócio ocupacionais no âmbito das políticas públicas de Saúde, de Assistência Social, de Educação, de Previdência Social, de Habitação, bem como no sistema sócio jurídico, nas Varas de Infância e Família, nas Promotorias Públicas, no Sistema carcerário, na esfera dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, Idoso, Pessoas com Deficiência e nos Conselhos Gestores das políticas sociais, como Saúde, Educação, Assistência Social, dentre outros, sejam nos espaços públicos, privados ou nas organizações não governamentais.

Afirma Yamamoto (2008, p. 27) que o Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho, assinalando a centralidade das expressões da questão social como matéria do Serviço Social, sem menosprezar a mediação fundamental das políticas sociais no exercício profissional (IAMAMOTO, 2010, p. 277). Indagamo-nos aqui, como se configuram os saberes do núcleo de conhecimento do assistente social para criar potência e fazer emergir as condições objetivas necessárias para poder lidar com a questão da atenção à saúde da população usuária do SUS, num cenário marcado por múltiplas formas de desigualdades no acesso dessa população aos cuidados na Média Complexidade no SUS.

A Carta Magna brasileira (1988) define a saúde como,

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

As categorias de análise utilizadas no estudo são sociedade, história, cotidiano, trabalho, território, tempo, temporalidades, memória e saúde, em virtude das mesmas comporem uma matriz categorial que esteve presente no decorrer da construção, da análise e da fundamentação do presente estudo.

Marx (1982, p. 18) afirma que “as categorias exprimem [...] formas de modos de ser, determinações de existência”. Nessa perspectiva a totalidade “é uma das categorias centrais de Marx porque “a totalidade concreta é [...] a categoria fundamental da realidade” (LUKÁCS, 1974, 24-25).

O estudo se insere numa dada sociedade, daí, que ao pensar a sociedade o fazemos na perspectiva de Elias (1994, p. 20), para quem falar de sociedade parece evocar a “ideia de alguma coisa completa em si, de uma formação com contornos nítidos, de uma forma

perceptível e uma estrutura discernível e mais ou menos visível. As sociedades, porém, não tem essa forma perceptível”. Ainda, segundo o autor, as sociedades,

[...] não possuem estruturas passíveis de serem vistas, ouvidas ou diretamente tocadas no espaço. Consideradas como totalidade, são sempre mais ou menos incompletas: de onde quer que sejam vistas, continuam em aberto na esfera temporal em direção ao passado e ao futuro (ELIAS 1994, p. 20).

A sociedade deve ser compreendida em sua totalidade, ao olhar a história do tempo passado e o que se espera no futuro, mas que não são perceptíveis, portanto, é necessário que o assistente social se utilize da mediação para “decifração da realidade” (IAMAMOTO, 2007, p. 28) no meio em que está inserida. Iamamoto (2002, p. 195) assinala que “as relações que tecem essa sociedade não são diretas [nem] transparentes, não se revelando de imediato”. Nessa perspectiva cumpre destacar que como assinala Joazeiro (2008), o mesmo se passa com as atividades tecidas no âmbito do Serviço Social, pela simples observação, não é possível apreender as escolhas, as categorias de análise, nem os saberes que as movem. “Nada no trabalho é evidente” (*ibid.*, p. 127).

Cumpre destacar que o trabalho do assistente se situa no cotidiano, portanto tem o seu lugar na história, sendo o seu fazer partícipe do processo de sua constituição. Assinala Netto (1987) que a vida cotidiana em sua insuprimibilidade ontológica não se mantém como uma “relação seccionada com a história. O cotidiano não se descola do histórico – antes é um dos seus níveis constitutivos” (*op. cit.*, p. 65).

Em Heller (1997, p. 7), a concepção de cotidiano alude “ao ‘mundo da vida’, na sua produção e reprodução dialética”, e esse cotidiano se materializa no eterno movimento que “[...] é o mundo das objetivações”. Para Heller (2004) o cotidiano representa aquilo que é vivido e à vida social dos indivíduos sociais, e difere-se da rotina, pois esta corresponde ao ato ou atos que as pessoas repetem mimeticamente sem refletir sobre sua importância e significado.

Afirma Netto (1987) que,

[...] na ótica lukacsiana, a vida cotidiana é *insuprimível*. Não há sociedade sem cotidianidade, não há homem sem vida cotidiana. Enquanto espaço-tempo de constituição, produção e reprodução do ser social, a vida cotidiana é ineliminável. [...] se em toda sociedade existe e se põe a cotidianidade, em cada uma delas a estrutura da vida cotidiana é distinta, quanto ao seu âmbito, aos seus ritmos e regularidades e aos comportamentos diferenciados dos

sujeitos coletivos (grupos, classes) [...] em face da cotidianidade (NETTO, 1987, p. 65, destaque do autor).

Nessa perspectiva analítica, cotidiano e história estão intimamente relacionados, pois é no cotidiano que se constrói a história dos sujeitos e se realiza o trabalho do assistente social, com o olhar desse profissional para além das demandas imediatas, mas na percepção do tecer das relações sociais, da “produção e reprodução da vida social” (IAMAMOTO, 2008, p. 30).

Cumprindo assinalar ainda, que o estudo utilizou o conceito de território na perspectiva de Santos (2006), ou seja, como “o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência” (SANTOS, 2006, p. 13). Assinala Koga (2011), que sob o ponto de vista desse autor, foi empreendida “uma análise territorial para além da cartografia” (*op. cit.*, p. 22). A questão do território, de suas potências e de suas fragilidades marca de modo inelutável o estudo, uma vez que ao pensar o trabalho no SUS, se coloca em questão aspectos da estrutura e da conjuntura (SOUZA, 2009), para as quais a apreensão dos múltiplos aspectos do território tem uma importância capital.

A categoria trabalho aqui analisada refere-se a perspectiva de Marx onde o trabalho é tido como uma atividade fundamental do ser humano, na relação homem-natureza, e esse trabalho tem elementos simples, que produz valores de uso, pois

[...] a existência [...] de cada elemento da riqueza material não existente na natureza, **sempre teve de ser mediada por uma atividade especial** produtiva, adequada a seu fim, que **assimila elementos específicos da natureza a necessidades humanas específicas**. Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana (MARX, 2006, p. 50, destaques nossos).

Essa concepção de Marx, explica o trabalho como categoria ontológica do ser social, que na relação entre homem e natureza, tem por objetivo transformar ambos e produzir os bens necessários à sobrevivência do homem.

O trabalho do assistente social se realiza na intersecção entre a dimensão da atenção direta ao usuário do Sistema Único de Saúde e a dimensão socioterritorial, contudo, na realização dessa intervenção, esse profissional precisa estar atento à correlação entre as características sociorregionais particulares de cada território e as suas múltiplas expressões da “questão social” com suas manifestações de âmbito local e regional, dentre eles o desafio do

enfrentamento das vulnerabilidades e dos riscos sociais (BRASIL, 2004). Nessa perspectiva de análise, é importante destacar que os “riscos e vulnerabilidades não decorrem de responsabilidade individual, mas de um conjunto de desigualdades estruturais, socioeconômicas e políticas e da ausência de proteção social” (*op. cit.*, 2004).

A questão do tempo interpela o estudo à medida que o situa no limiar das tomadas de decisão, ou seja, o vincula ao desafio da questão do trabalho em atos na dinâmica da intervenção na vida do outro. Elias afirma que “ao examinarmos os problemas relativos ao tempo, aprendemos sobre os homens e sobre nós mesmos, muitas coisas que antes não discerníamos com clareza [...] que as teorias dominantes não permitiam apreender” (ELIAS, 1998, p. 7). Remete, assim, à questão das múltiplas temporalidades indispensáveis para a produção de ação que seja capaz de lidar com a heterogeneidade da demanda. Em Joazeiro (2018) buscamos as quatro dimensões das temporalidades com vistas a permitir uma aproximação da temática,

A do **relógio**, marcado pelo inexorável movimento dos ponteiros; a temporalidade **burocrática**, aquela que predefine a relação do saber com o contínuo do tempo, [...] a **ergológica**, ancorada numa biografia particular, na história de um *corpo-si* do pesquisador, que se indaga, aprende e produz conhecimento numa relação intensa com o *corpus* de saber que lhe preexiste, aquele já consolidado através do tempo, o que se tece e é tecido na relação direta com os outros [...] Nesse encontro [...] em que o usuário está **na sua frente**, emerge **outra temporalidade**, a do cuidado, a do aqui e agora na atividade (JOAZEIRO, 2018, p. 42, p. 105, destaques da autora).

Outra categoria utilizada para compreender, para fazer uma aproximação do objeto analisado foi a memória. Segundo Bosi (2003), dentro da história cronológica, existe “outra história mais densa de substância memorativa no fluxo do tempo. A memória opera com grande liberdade **escolhendo acontecimentos** no espaço e no tempo, **não arbitrariamente**, mas porque se relacionam através de índices comuns” (BOSI, 2003, p. 11, destaques nossos). Nessa perspectiva, pensar o diálogo das participantes no grupo focal, significa compreender que os diálogos construídos nesse espaço temporal e coletivo “são configurações mais intensas quando sobre elas incide o brilho de um significado coletivo” (BOSI, 2003, p. 11).

Cumprido destacar que a categoria, Saúde deve ser compreendida com base na concepção ampliada de saúde, que considera os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os Determinantes Sociais da Saúde como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Os DSS, conforme previsto na Lei n.



8.080/90, em seu artigo 3º, prevê que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Tendo em vista o contexto da questão social, os Determinantes Sociais da Saúde são considerados responsáveis também pela condição saúde-doença dos indivíduos.

O conceito de saúde ampliado é centrado nos Determinantes Sociais da Saúde e requer a intervenção de equipe multiprofissional nesse campo de cuidado. Segundo Campos (2003) "a OMS abriu espaço para pensar-se o direito à saúde de maneira mais ampla, e, em consequência, reforçou as correntes que defendiam abordagem integral ou ampliada do processo saúde e doença" (CAMPOS, 2003, p. 35).

Em face das conquistas da Reforma Sanitária e, tendo no horizonte, o compromisso com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, comprometido com a relação entre o exercício profissional do assistente social e a políticas de saúde no âmbito do SUS, esse estudo visa compreender o trabalho do assistente social nas instituições de saúde pública de Média Complexidade do município de Timon (MA), com vistas a apreender o trabalho que realizam na interface entre os níveis de complexidade no campo da saúde.

O que nos inspirou à pesquisar o tema do trabalho do assistente social na Saúde no nível da Média Complexidade, foi a busca incessante de compreender a relação entre o trabalho do assistente social e a própria organização dos serviços de Média Complexidade ao longo da série histórica na cidade de Timon, com destaque especial, para as significativas mudanças ocorridas na organização e a gradual complexificação dos serviços de saúde dando-se em consonância com as modificações no arcabouço conceitual e legal do Sistema Único de Saúde no Brasil, quer seja no processo de organização da Rede de Atenção à Saúde, quer seja na dinâmica da produção do cuidado em saúde.

Decorre dessa indagação, nossa preocupação em buscar compreender como se dá a intervenção realizada por esse profissional em face das múltiplas expressões da questão social, uma vez que suas ações estão mediadas pelas múltiplas dimensões presentes na produção do cuidado no espaço do SUS, o que requer desse profissional intervir nas interfaces entre agravos à saúde, expressões da questão social, os determinantes sociais em saúde e suas manifestações nas condições de vida, no acesso a direitos sociais e na inserção nas políticas

sociais diversas, sendo indiscutível os limites posto pela realidade concreta, visto que o próprio contexto social, político e econômico lhes apresenta significativos desafios a serem enfrentados, problematizados e, quando possível, superados.

Ainda, o interesse por essa temática é consequência da nossa experiência profissional na política de saúde pública que possibilitou o exercício profissional continuado desde o ano de 2011, fato que nos permitiu estabelecer contatos com outros profissionais do Serviço Social, cujo exercício profissional se realizava na Média Complexidade. As condições de trabalho, as demandas colocadas por tais profissionais em diversos espaços da profissão foram gerando inquietações que ora se materializam sob a forma de pesquisa.

A nossa primeira inserção profissional foi na área da Política de Assistência Social, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ambos constituem unidades públicas da Política de Assistência Social, sendo o primeiro, a porta de entrada da Política de Assistência Social e o segundo o espaço onde são atendidas as famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados. Todavia na Política de Saúde, a atuação na produção do cuidado tem sido uma constante em nossa vida profissional, nos anos de 2011 a 2012, no Centro Integrado de Educação Especial (CIES), em Teresina, capital do Estado do Piauí, espaço onde está presente a articulação entre as Políticas de Saúde e a de Educação.

Na sequência, no período de 2012 a 2015, desenvolvemos nosso trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), na cidade de Floriano (PI), no âmbito da Atenção Básica, e, após esse período até a presente data, o trabalho de assistente social está sendo realizado no campo do Planejamento em Saúde na Secretaria Municipal de Saúde em Timon (MA). Assim sendo, pode-se afirmar que a partir de 2017, iniciou-se o trabalho, concomitantemente, na Média e na Alta Complexidade no Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco, vinculado ao Governo do Estado do Maranhão.

Essa dinâmica de nossa inserção em diferentes espaços de trabalho, cuja realização tem se dado em municípios de portes populacionais diferenciados, com variação na esfera dos entes federados e até de Estados da Federação, tem nos levado a indagar sobre o trabalho em níveis de complexidade diferenciados, tanto na Atenção Básica, quanto na Média Complexidade e nos tem instigado a indagar sobre as especificidades inerentes às diversas esferas de intervenção, que, no nosso ponto de vista, precisam ser identificadas para serem

compreendidas no âmbito do exercício profissional do trabalho coletivo na esfera da produção do cuidado no SUS.

Além disso, a pesquisadora vem de uma formação profissional que põe em relevo a dimensão investigativa em consonância com dimensão interventiva, como ponto central para um trabalho crítico. Frente à formação e ao exercício profissional, diversas inquietações foram surgindo, todas apontavam para um caminho: a necessidade de aprofundar o conhecimento científico sobre o trabalho do assistente social na saúde pública, de forma a problematizar as condições existentes para o trabalho do assistente social inserido numa sociedade capitalista, indaga-se ainda sobre os instrumentos que dispõe para o planejamento, a gestão, o monitoramento e para a realização do seu trabalho, bem como sobre o encontro continuado com os limites, os avanços e os desafios dessa área do saber.

A preocupação com a Média Complexidade foi se destacando como nosso campo de interesse à medida que realizávamos um aprofundamento conceitual relativo a questão do trabalho das equipes de Saúde e do Serviço Social na Saúde, gradativamente foi se delineando a fragilidade de produção relativa à Média Complexidade reforçando a relevância de uma análise criteriosa que priorizasse essa temática.

Deste modo, o estudo propôs investigar a Média Complexidade por julgar a temática inovadora por dois motivos: primeiro pelo *locus* da pesquisa, no caso o município de Timon, que apesar de ser um município de grande porte, tem uma articulação com o município de Teresina, capital do Piauí, não tendo sido encontrada pesquisa sobre esse assunto referente a esse município. O segundo aspecto inovador é o enfoque no trabalho do assistente social na Média Complexidade, pois esse nível de saúde, muitas vezes, é apontado como um entrave para a efetivação da integralidade no SUS, conforme segue as reflexões de autores como Pimenta (2005), Temporão (2007), e Spedo; Pinto; Tanaka (2010).

Autores como Pimenta (2005) e Temporão (2007) apresentam um panorama que nos instigam. O primeiro ao analisar a Média Complexidade, destaca a presença de um “estrangulamento no acesso aos procedimentos de média complexidade” que, afeta todos os municípios. Temporão (2007, p. 12), em entrevista, assinalou os desafios posto ao Ministério da Saúde e a seus parceiros da Atenção Ambulatorial e Hospitalar das grandes cidades no que tange ao enfrentamento dos desafios ao acesso a Atenção Especializada como uma questão importante para o SUS. Spedo; Pinto e Tanaka (2010, p. 954), também destacaram que a

“dificuldade de acesso aos serviços especializados, ou à média complexidade, representa um dos principais entraves para garantir a integralidade da atenção” à saúde no SUS.

A convergência da análise dos autores relativos aos dilemas específicos desse nível de atenção à saúde justifica nossa preocupação em nos indagarmos sobre o trabalho que as profissionais do Serviço Social realizam nesse nível de atenção à saúde, buscando compreender qual o ponto de vista dessas profissionais sobre o trabalho realizado na Média Complexidade.

Outra relevância dessa análise para o meio acadêmico e social, constitui a possibilidade de aprofundamento que esse estudo pode trazer para o aprimoramento da Política de Saúde e para o exercício profissional, particularmente se permanecer centrado numa perspectiva crítica e aprofundada sobre o trabalho do assistente social na sua difícil relação entre os diversos níveis de complexidade no campo da saúde, sem perder de vista a relação de atenção a uma população marcada por múltiplas formas de desigualdade social, que, necessita da atenção continuada da política de saúde, na sua interseção com as demais políticas sociais. Entende-se que, investir no tema de pesquisa aqui proposto, contribuirá para dar visibilidade às especificidades da intervenção da profissão nesse nível de complexidade na Política de Saúde.

Nesse sentido, cumpre destacar que o trabalho do assistente social no campo da saúde e suas múltiplas interfaces tem sido alvo de produções acadêmicas de autores como Bravo (2009, 2011, 2013), Vasconcelos (2012), Costa (2009), Martinelli (1998, 1999, 2001), Miotto e Nogueira (2009), Rosa (2003, 2015), Joazeiro (2008, 2018), cujas análises, a partir de diversas perspectivas, têm buscado explicitar o modo como se deu a inserção do Serviço Social nessa área de atuação. As produções da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) tem assinalado a contribuição do Serviço Social para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Torna-se necessário reafirmar o lugar da profissão nessa e nas demais políticas sociais, sobretudo em tempos de barbárie (BEHRING; SANTOS, 2009, p. 281) e de reatualização do conservadorismo.

## **Aprofundando a discussão**

O Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos de 1990, legitimado pela Constituição Federal e criado pela Lei nº 8.080/90 representou grandes mudanças na forma como o Estado passou a responder às necessidades em saúde mediante a criação de uma política pública de saúde. Entre essas mudanças, destacam-se as novas formas de organização dos serviços e da assistência à saúde, organizadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do Sistema que buscam atender aos princípios da Reforma Sanitária, quais sejam: universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade.

Afirma Teixeira (2009, p. 477) que os princípios que orientaram o processo da Reforma Sanitária na direção da construção de um bem público, e que se consolida sob a forma do Sistema Único de Saúde dá-se com base: i) **princípio ético-normativo** que insere a saúde como parte dos direitos humanos; ii) **princípio científico** que compreende a determinação social do processo saúde/doença; iii) **princípio político** que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; iv) **princípio sanitário** que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa, até a reabilitação.

É com base nesse arcabouço conceitual e legal que o Sistema Único de Saúde vai se configurando e se tornando complexo à medida que tenta responder aos ditames da necessidade sanitária mediante o enfrentamento das disparidades loco-regionais no processo de consolidação do SUS, sempre marcada por uma dinâmica contraditória nesse processo social de transformação. Destacam-se os avanços pós-constituição, ainda que em muitas situações o movimento da realidade concreta estivesse marcado por alguns retrocessos na trajetória de consolidação do SUS.

A Política Pública de Saúde teve significativos avanços desde a Reforma Sanitária, desde a Constituição Federal de 1988, logo adiante essas conquistas foram consolidadas na Lei nº. 8.080/90, que instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Além disso, esta Lei traz uma nova configuração para a execução da política que passa a ser classificada em três níveis de atenção: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, com intuito de atender aos princípios e diretrizes do SUS.

Nessa perspectiva, o texto da lei supramencionada deixa evidenciada a imprescindibilidade de que as diversas Redes de Atenção à Saúde e as redes das demais políticas públicas setoriais devem se coadunar às ações da Saúde. Assinala ainda que as ações das diversas políticas sociais e econômicas devem trabalhar na direção da redução do risco de doença e de outros agravos com base no ideário do acesso universal e igualitário. Destaca ainda que ao fazê-lo, terão como paradigma não somente a intervenção numa perspectiva curativa, uma vez que a produção do cuidado no SUS visa à implementação de ações e de serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Uma análise atenta ao processo de construção do Sistema Único de Saúde, revela que após o Projeto da Reforma Sanitária e a consolidação do SUS, o trabalho no campo da Saúde passa a ter centralidade nos Determinantes Sociais da Saúde, sendo que uma análise mais abrangente centrada na categoria totalidade do ser social passa a ser requerida para a compreensão da configuração sócio histórica de uma realidade social profundamente marcada por tensões e contradições inerentes à sociedade de classes. Essa compreensão crítica é requerida posto que as intervenções dos profissionais se materializam num processo sócio histórico, cujos fundamentos requisitam a compreensão da inerente tensão entre diferentes formas de compreender a desigualdade no modo de produção capitalista, uma vez que as ações e as intervenções em saúde se dão num espaço social marcado por diferentes, e muitas vezes, antagônicos projetos societários.

Martinelli (2011) afirma que se analisarmos a trajetória histórica da consolidação dos direitos sociais no país desde a Constituição Federal de 1988, constatamos que alcançamos várias conquistas democráticas que foram ampliando o campo dos direitos sociais no Brasil. Segundo a autora,

[...] sem dúvida [...] temos de mencionar o SUS (1990), o ECA (1990), a LOAS (1993), o Estatuto do Idoso (1994), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996), e mais recentemente, já nos anos 2000, a Política Nacional de Assistência, em 2004, a Norma Operacional Básica, em 2005, [...] enfim, todo um conjunto de leis regulamentadoras de cada política, num esforço concentrado de implantar um Sistema de Proteção Social no Brasil (MARTINELLI, 2011, p. 8).

Diante do exposto, o estudo investiga o trabalho do assistente social<sup>1</sup> na política de saúde na esfera da Média Complexidade entendendo que a

[...] média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007, p. 18).

No trabalho do assistente social, sua matéria-prima é a questão social e esta deve ser apreendida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (IAMAMOTO, 2008, p. 27). Acrescenta ainda que para apropriar-se da questão social é necessário “captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e reinvenção da vida construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado” (*ibid.*, p. 28), portanto, é nesse cenário que se desenvolve o trabalho do profissional de Serviço Social.

Segundo Yamamoto,

O grande desafio da atualidade é, pois, **transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade**, atribuindo ao mesmo tempo, uma **maior atenção às estratégias, táticas e técnicas do trabalho profissional**, em função das particularidades dos temas que **são objetos de estudo e ação** do assistente social (IAMAMOTO, 1998, p. 52, destaques nossos).

Castel (2003, p. 30) afirma que o termo “questão social” foi utilizado, pela primeira vez, em 1830, para referir-se à consciência da existência de populações que são, segundo o autor, agentes e vítimas da revolução industrial. Netto (2001), por sua vez, entende que a expressão “questão social” registra compreensões diferenciadas e atribuições de sentido muito diversas, a qual tem uma história recente, e ao apontar sua relação com o pauperismo entende que “pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas” (*op. cit.*, 2001, p. 42). As análises dos autores contribuíram para refletir sobre o trabalho do assistente social no enfrentamento das expressões da questão social na sua articulação com as necessidades em Saúde.

---

<sup>1</sup>Cf. Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 218 de 06 de março de 1997 que reconhece os/as assistentes sociais como profissionais da saúde. Além disso, há Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

Essa investigação tem como elemento central a intervenção do assistente social na Política de Saúde, nas suas interfaces com as necessidades em saúde e as necessidades sociais presentes no território. Diante do exposto, interessa à pesquisa, primeiramente, realizar estudos aprofundados na literatura sobre a Política de Saúde e o trabalho do assistente social no Brasil, com ênfase nos aspectos relacionados à intervenção deste profissional no âmbito da Saúde de Média Complexidade. Esse aspecto é primordial para entender a Política Pública de Saúde e sua relação direta com as demandas postas ao Serviço Social e compreender as respostas dadas por essa categoria imersa em um trabalho realizado em equipe no âmbito da saúde.

Vale ressaltar as características do território timonense, epicentro desse estudo, pois além da nossa inserção profissional e das inquietações sobre o desenvolvimento do trabalho do assistente social no âmbito da Média Complexidade, é importante destacar que o município de Timon, do Estado do Maranhão, é uma cidade de grande porte com 155.460 habitantes (IBGE, 2010), quarta maior cidade do Estado do Maranhão, em número de habitantes. É uma cidade do interior do Estado do Maranhão que apresenta significativa expressões da questão social na saúde. Em virtude da proximidade de Teresina, capital do Estado do Piauí, sofre influência e influencia a dinâmica regional da atenção à saúde. Cumpre destacar que, Timon faz parte da Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) da Grande Teresina.

O estudo tem ainda como questão norteadora a indagação de como se configura o espaço sócio ocupacional do assistente social na Atenção à Saúde em nível de Média Complexidade no território timonense e a relação do trabalho do assistente social na interface com a Rede de Saúde nos demais níveis de complexidade?

Quais são as principais demandas postas ao profissional do Serviço Social na produção do cuidado em saúde no campo da Média Complexidade? Torna-se importante destacar que nessa esfera de ação o trabalho profissional se materializa em diferentes espaços sócio ocupacionais, cuja característica fundamental reside no exercício profissional dando-se em ambientes tecnológicos cuja tendência é atuar numa relação tecnologia centrada (MERHY, 1997, p. 105).

Importa ainda indagar como tem sido desenvolvido o trabalho do assistente social em articulação com as diversas profissões na intervenção nas instituições de saúde de Média



Complexidade no município de Timon? Um olhar atento para os serviços que compõem a Rede de Atenção de Média Complexidade do Município de Timon revela que inexistem homogeneidade no trabalho realizado nesses espaços sócio ocupacionais, dada à natureza diversificada das demandas sobre as quais esses profissionais intervêm.

Nessa mesma perspectiva, indagamo-nos sobre a rede de petição e de compromisso (FRANCO; MEHRY, 2007) instituída entre as instituições de saúde de Média Complexidade e os demais níveis de complexidade da saúde no município de Timon. Ressalta-se também a importância de buscar compreender se o trabalho do assistente social na Média Complexidade é realizado na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)?

É importante destacar que o Projeto Ético Político da profissão está em consonância com o ideário da Reforma Sanitária, como tem sido destacado nas produções do CFESS que se materializam sob a forma dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2008) e de outros documentos que visam balizar o exercício profissional do assistente social na saúde e em outros espaços sócio-ocupacionais. Esse estudo aborda ainda os limites, desafios e as potencialidades do exercício profissional do assistente social a partir da compreensão da dinâmica do trabalho e dos tensionamentos específicos dessa esfera de atuação nas instituições pesquisadas.

Os serviços públicos de saúde de Média Complexidade no município de Timon são: Unidade de Saúde Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira (Policlínica), Centro de Atenção Integrado à Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Saúde Maria do Carmo Viana Neiva (CER), Hospital Municipal do Parque Alvorada (HPA) e Centro de Atenção Especializada Materno Infantil (CAEMI). Centra-se, portanto, a análise no trabalho que a(o) assistente social realiza nesses espaços sócio ocupacionais das instituições de saúde pública de Média Complexidade no município de Timon (MA) e, sobre as interfaces desse trabalho com os demais níveis de complexidade no campo da saúde no SUS.

### **A pesquisa e seus instrumentos de análise**

O estudo visando alcançar seus objetivos seguiu o caminho metodológico preconizado no projeto de pesquisa. Assim, para analisar e discutir o trabalho do assistente social na Saúde no nível da Média Complexidade no município de Timon (MA) foi traçado um caminho metodológico que possibilitasse uma aproximação da realidade vivenciada pelas protagonistas do trabalho do Serviço Social nas referidas instituições.

Nesse sentido, o caminho traçado deu-se em consonância com a proposta de Minayo (1998, p. 22), que inclui “as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”. Nessa perspectiva analítica, a metodologia revela, em especial, a visão de mundo do pesquisador e o olhar desse para a realidade estudada.

A pesquisa adotou os princípios da dialética marxiana, por entender que esse estudo deve ir além da aparência do real e alcançar a essência, o denominado concreto pensado. Para tanto, parte-se de uma compreensão materialista da história de que o trabalho é uma categoria ontológica fundamental ao ser social. Nesse sentido, tanto a coleta, quanto a análise de dados foram realizadas buscando uma aproximação das atividades da(os)s assistentes sociais que realizam seu trabalho diariamente no campo da Saúde, uma vez que são elas as protagonistas de sua atividade de trabalho. É a partir de suas experiências no trabalho que as participantes do estudo puderam contribuir para a compreensão, ao mesmo tempo, aprofundada, sensível e rigorosa do trabalho do assistente social na Média Complexidade.

A abordagem da pesquisa é qualitativa e foi realizada com vistas a permitir um estudo aprofundado, atento aos sujeitos e à complexidade das relações sociais. Segundo Minayo (2001, p. 21) “A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado”.

Nesse sentido, esse tipo de pesquisa busca captar “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 21-22). A autora assinala que a abordagem qualitativa adentra o “mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2001, p. 21-22).

Minayo (2001) afirma que ao relacionar os dados quantitativos com os qualitativos, esses dados não se opõem, “ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO, 2001, p. 21-22). No decorrer da pesquisa foram utilizados dados estatísticos com o objetivo de contribuir para a análise da pesquisa. Minayo explicita a importância do uso desses dados e da triangulação entre esses para a abordagem dialética, pois

Ela se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados. A Dialética **pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos**. Busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo; e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos (MINAYO, 2001, p. 25, destaques nossos).

A forma adotada para a análise do trabalho das assistentes sociais deu-se em consonância com o objetivo do estudo de buscar compreender as relações que são tecidas no espaço onde esse trabalho se realiza. Para a realização da pesquisa utilizou-se de alguns instrumentos e técnicas de coleta de dados, tendo sido utilizada como fonte empírica principal o grupo focal e a discussão em grupo. Desta forma, como instrumento de pesquisa utilizou-se o questionário, o grupo focal, a discussão em grupo e o estudo da documentação dos setores do Serviço Social nas instituições campo da pesquisa, como as principais fontes para coleta de dados.

A decisão pela definição do espaço de uma semana antes do início do grupo focal teve um duplo sentido, o primeiro foi o de criar condições objetivas para que, através das questões, fosse estimulada uma reflexão individual acerca da temática. Em segundo lugar, pretendeu-se que essa reflexão da participante do estudo, fosse materializada sob a forma de um documento escrito, que se constituísse numa fonte do estudo produzido antes do momento do encontro das protagonistas do trabalho nos grupos, posto que a dinâmica do coletivo poderia influenciar e ocultar aspectos particulares e singulares dos pontos de vista das participantes.

A pesquisa documental “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (GIL, 2007, p. 66). Na pesquisa documental foram analisados os registros das atividades do Serviço Social nas referidas instituições, por meio do livro de registro diário do Serviço Social, produção mensal do Serviço Social, bem como os documentos que compõem o Planejamento em Saúde: Relatórios Quadrimestrais e Anual de Gestão da Saúde, Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde de Timon, devidamente arrolados nas referências bibliográficas. Utilizou-se também informações do município por meio do acesso à base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Relatório de Informações Sociais (SAGI), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Índice de

Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), assim como normativas referentes à Área da Saúde.

Desde o primeiro momento e, durante toda a pesquisa, foi realizado estudo bibliográfico e documental, sobretudo, dos documentos e registros produzidos pelos participantes da pesquisa que subsidiaram as informações sobre o trabalho do assistente social e suas demandas em cada um dos espaços sócio-ocupacionais da profissão no nível de saúde de Média Complexidade.

Torna-se importante destacar que o desenho da pesquisa não surge como uma escolha aleatória, mas como decorrência do objeto pesquisado, ou seja, o trabalho das assistentes sociais, assim sendo, mediante a organização dos grupos se criou uma oportunidade de aproximação das profissionais que atuam nesse nível de complexidade no SUS, se constituindo num quesito importante para a tessitura de diálogo sobre a temática com base nas categorias de análise do trabalho das profissionais.

As participantes da pesquisa foram informadas sobre os seus objetivos e, na sequência convidadas a fazer parte da mesma, após expressa manifestação do interesse de contribuir com o estudo. Nessa perspectiva, foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) em duas vias, tendo ficado uma cópia com a pesquisadora e outra com a participante do estudo, tendo sido respeitados o critério de inclusão e de seleção das participantes que trabalhassem nas instituições de saúde de Média Complexidade pesquisadas há, no mínimo, dois anos, pois o tempo de permanência no serviço se constituiu um quesito relevante para analisar a experiência no campo de intervenção. O critério de exclusão refere-se à manifestação da recusa de participar e o do tempo de exercício profissional inferior a dois anos nos cenários a serem pesquisados.

Assim sendo, foi realizada a pesquisa de campo com as cinco assistentes sociais das instituições de saúde de Média Complexidade do município de Timon, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI<sup>2</sup>, sendo que a primeira etapa da pesquisa de campo consistiu na coleta de dados mediante a resposta aos questionários de questões semiabertas

---

<sup>2</sup>Em relação à Ética na pesquisa, a realização desse estudo seguiu rigorosamente as orientações previstas nas Resoluções nº. 466/2012 e nº. 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. É importante ressaltar que por ser uma pesquisa que envolve seres humanos o projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), no dia 18 de fevereiro de 2019, com CAE Nº. 05277219.8.0000.5214 e parecer Nº. 3.152.353, além de ter sido apreciado pela Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Timon (MA).

com uso de roteiro de perguntas abertas e fechadas (Apêndice 4), que após serem respondidos pelas assistentes sociais participantes da pesquisa, foram devolvidos à pesquisadora num prazo de cinco dias. Este material se constituiu em fonte primária de informação.

O questionário é considerado um instrumento de investigação com “um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.” (GIL, 2007, p. 128). O roteiro enfatizava os temas relativos ao trabalho das assistentes sociais no âmbito da saúde pública de Média Complexidade e suas interfaces com os demais níveis de complexidade no município de Timon, a articulação do assistente social com as diversas profissões e com a rede de atendimento, dados de qualificação e capacitação do profissional, além, dos avanços, desafios e potencialidades do exercício profissional na instituição.

Na sequência, foram realizados os dois grupos focais (Apêndices 2 e 3) que contaram com a participação de assistentes sociais que atuam no campo da Saúde pública, no nível de Média Complexidade do município de Timon que aceitaram fazer parte do estudo e que permitiram a gravação dos conteúdos das narrativas nos grupos em áudio para possibilitar o acesso à riqueza das contribuições das participantes. A técnica do grupo focal é uma das abordagens qualitativas em pesquisa social e utilizá-la permitiu a apreensão de informações e elementos significativos do objeto de pesquisa, pois

O trabalho com grupos focais permite **compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais**, compreender **práticas cotidianas, ações e reações** a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias **prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum**, relevantes para o estudo do problema visado (GATTI, 2005, p. 11, destaques nossos).

No grupo focal a interação entre os participantes é destacada por Kitzinger (1994) como uma característica distintiva desse grupo com relação ao questionário e à entrevista. Assim, o autor afirma que o diferencial da interação dos participantes no grupo focal acontece porque o interesse na investigação não é apenas em saber “o que as pessoas pensam, mas em *como* pensam e *porque* pensam assim” (KITZINGER, 1994, p. 104).

A diferença em contraponto as semelhanças estabelecidas entre as participantes do estudo, é outro aspecto apontado pela autora, ao afirmar que essa diferença entre as participantes “também permite observar **não só como as pessoas teorizam** sobre seu próprio ponto de vista, como também a maneira **como o fazem com relação a outras perspectivas** e como põem suas próprias ideias ‘para trabalhar’” (KITZINGER, 1994, p. 104, destaques nossos).

Nesse sentido, no grupo focal é possível o pesquisador captar e mediar os momentos de encontros e desencontros, entendimentos e desentendimentos em relação às narrativas das participantes da pesquisa, categorizar a palavra expressa e extrair os significados e sentidos das narrativas das profissionais sobre o seu trabalho na saúde de Média Complexidade em Timon. Ressalta-se que no estudo a realização dos dois grupos focais ocorreram durante turnos de trabalho das profissionais que aceitaram fazer parte do estudo e, o mesmo se deu, no tocante à organização da discussão em grupo. Os encontros foram previamente agendados com às profissionais, tendo sido realizados, respectivamente, nos dias 20, 22 e 26 do mês de fevereiro de 2019.

Inicialmente a pesquisa previa a realização de dois grupos focais, mas no decorrer do processo, o impedimento da participação de duas participantes na data do segundo grupo focal, decorrente de atividade indeclinável sob sua responsabilidade na instituição de saúde, levou ao agendamento de mais uma reunião para permitir que suas contribuições fossem compartilhadas no espaço grupal. A atividade grupal foi coordenada pela pesquisadora e contou a presença das duas assistentes sociais que não puderam participar do segundo grupo focal. Essa atividade foi considerada como atividade grupal em função da quantidade de participantes, fato que permite configurá-la como um pequeno grupo e não como uma relação bipersonal.

A perspectiva de análise por nós adotada para considerar essa atividade como discussão em grupo está ancorada na perspectiva analítica de Flick (2009), que a diferencia da entrevista em grupo, pois segundo o autor “ao contrário da entrevista em grupo, a discussão em grupo estimula um debate e utiliza a dinâmica nele desenvolvidas como fontes centrais de conhecimento” (*op. cit.*, p. 182). Nesse contraponto, é necessário destacar que “entrevistar um grupo de pessoas é uma sugestão como forma de amplificar a situação de entrevista”, este

instrumento não foi utilizado na pesquisa, por termos considerado que a discussão em grupo seria o instrumento pertinente que contemplaria o alcance dos objetivos do estudo.

Destaque-se que as discussões em grupo “correspondem a maneira pela qual as opiniões são manifestadas e trocadas na vida cotidiana” (FLICK, 2009, p. 182), e ao captar as narrativas das participantes da pesquisa sobre o seu trabalho na saúde em nível de Média Complexidade, essa técnica permite apreender essa troca de experiências. Sendo assim, as discussões em grupo são vistas “como um meio para chegar a uma opinião de grupo compartilhada, comum a todos os participantes, separando assim os limites individuais” (*op. cit.*, p. 182).

A atividade grupal realizada foi mediada pelo uso do mesmo roteiro utilizado no segundo grupo focal. Desse modo, nos foi possível ter acesso às contribuições e narrativas decorrentes de suas experiências profissionais no cotidiano das instituições de saúde de Média Complexidade. Apesar do uso do mesmo instrumento utilizado na realização do segundo grupo focal, é inegável que a presença reduzida de participantes centra mais a discussão numa esfera mais restrita de análise marcada pela centralidade da presença da experiência compartilhada pela palavra relativa às três instituições e não ao todo. Contudo há que se considerar que o suporte da experiência *do e no* trabalho esteve presente nessa atividade, constituindo uma forma viável de incorporar suas experiências, permitindo analisar um aspecto crucial do conflito de temporalidade originária do mundo do trabalho com suas múltiplas atividades distribuídas com base no tempo do relógio, e a gestão da pesquisa que busca coadunar o tempo da vida, a temporalidade do calendário e do relógio e a dos compromissos prévios e a dos imprevistos a serem administrados numa fração de tempo, na relação tempo, lugar e produção do conhecimento.

Nas atividades grupais, foi possível ter acesso ao ponto de vista das profissionais sobre o mesmo objeto, fato que amplia a riqueza da análise e permite compreender as “ideias partilhadas por pessoas do dia-a-dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros” (GATTI, 2005, p. 11). Tendo sido possível ainda, colocar em discussão seus pontos de vista sobre o trabalho, sendo que suas narrativas nos grupos permitiram uma rica e oportuna análise com vistas a compreender a configuração do trabalho da assistente social, que serão, oportunamente, analisadas no terceiro capítulo.

Cumpru destacar que, como em cada instituição trabalhava apenas um ou duas assistentes sociais, a proposição da realização do grupo focal permitiu condição para o acesso ao coletivo, tendo se revelado uma forma capaz de ampliar a perspectiva analítica à medida que permitiu um olhar ampliado e abrangente sobre o tema, e contribuiu para que as participantes da pesquisa pudessem compartilhar seus pontos de vista, ao mesmo tempo que assegurava a proteção aos sujeitos da pesquisa dada a garantia do sigilo que está pactuado na relação firmada entre a pesquisadora e o coletivo das participantes do grupo focal.

Os dois grupos focais e a discussão em grupo por meio das narrativas das participantes da pesquisa foram registrados através do uso de dois gravadores, para garantir a qualidade das informações registradas, e, após, foram transcritas e analisadas com base na triangulação de fontes da pesquisa mediado pelos objetivos gerais e específicos do estudo que objetivava compreender o trabalho do assistente social nos serviços de saúde de Média Complexidade no município de Timon - MA.

Nessa transcrição deu-se a passagem da linguagem oral para a linguagem escrita. As narrativas nos grupos focais e na discussão em grupo se constituíram em fonte empírica principal e as respostas aos questionários, em fonte de informação específica. Privilegia-se a palavra pela qual os depoimentos nos grupos foram considerados testemunhos para analisar o trabalho da assistente social e a relação e a articulação de seu trabalho no campo da saúde de Média Complexidade e a interface com os demais níveis de Atenção à Saúde no SUS. Queiroz (1985, p. 7) afirma que os depoimentos, na pesquisa com fonte oral, perdem a conotação jurídica de “estabelecer a verdade dos fatos” e expressam o significado do que as/os participantes vivem, presenciam ou produzem.

Inspiramo-nos em Joazeiro (2008) e Rosa (2005), ao privilegiar o uso da palavra, ou seja, a atividade de linguagem das assistentes sociais nos grupos focais, para *dizer* do seu trabalho na saúde na Média Complexidade. Desse modo, as protagonistas da atividade de trabalho, por meio da palavra, “disseram da sua história singular, mas também da história coletiva dos demais trabalhadores da saúde” (JOAZEIRO, 2008, p. 19). Assinala Rosa (2005) que o trabalhador.

Ao falar, dizer, de si, el[a] fala de outrem, ou seja, de si, el[a] diz del[a] e de seus semelhantes que vivem e trabalham, experimentam as mudanças do trabalho. [...] Portanto, no seu dizer [a] trabalhador[a] exprime sua história e de outros trabalhadores, a do coletivo. (ROSA, 2005, p. 118)



Essa relação à articulação será apreendida nesse meio específico – de cuidado à saúde – onde estão em tensão diversas temporalidades e valores. Essa forma, tornou possível, colocar em discussão os pontos de vista e os sentidos das experiências compartilhadas, suas vivências do fazer profissional das participantes da pesquisa.

O uso das fontes advindas dos questionários semiabertos, bem como dos registros do Diário de Campo da pesquisadora foram analisados e categorizados em consonância com os objetivos do estudo, buscando esclarecer as interrogações, bem como aprofundar análise, no entrecruzamento e nas especificidades de cada uma das fontes, procurando preencher as lacunas das fontes utilizadas estabelecendo um “diálogo entre elas” buscando constituir uma relação de sentidos (JOAZEIRO, 2002).

### **As participantes do estudo**

As assistentes sociais que trabalham na Média Complexidade são as protagonistas na pesquisa e se utilizam do recurso da fala para testemunhar suas vivências no âmbito da saúde, e por meio “da palavra que ela porta” (ROSA, 2004, p. 152), elas narram como desenvolvem o seu trabalho e como esse se articula às demais profissões, bem como enfatizam as potências, os desafios e os limites do seu exercício profissional como assistente social. Enfatiza Joazeiro (2008, p. 24) a importância do uso da palavra pela assistente social “que testemunha o seu fazer, dizendo das dificuldades e das especificidades do seu trabalho, ou seja, da atividade de trabalho real”, e é nas especificidades do seu trabalho na saúde de Média Complexidade que reside à essência desse estudo.

Na pesquisa de campo um dos desafios é o de identificar quem são os participantes do estudo. As participantes, como já assinalado, foram as cinco assistentes sociais que trabalham nas instituições de saúde pública de Média Complexidade no município de Timon (MA), portanto, o campo da pesquisa inclui a Unidade de Saúde Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira (Policlínica), Centro de Atenção Integrado à Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Saúde Maria do Carmo Viana Neiva (CER), Hospital Municipal do Parque Alvorada (HPA) e Centro de Atenção Especializada Materno Infantil (CAEMI), serviços esses que serão oportunamente apresentados no decorrer de nossa análise.

A análise dos questionários respondidos pelas participantes da pesquisa revelou o perfil das profissionais, sendo que as cinco profissionais são mulheres, três delas estão na

faixa etária entre 40 a 50 anos, seguida de uma que está na faixa etária entre 20 a 30 anos e outra na faixa etária entre 30 a 40 anos. Dentre as assistentes sociais, três são casadas e duas solteiras. No que tange à religião, duas são católicas, duas evangélicas e uma não tem religião. Quanto ao local de domicílio, três residem em Timon, MA e duas em Teresina, capital do Estado do Piauí.

A pesquisa realizada pelo CFESS, no Brasil, publicada no ano de 2005, aborda a questão do perfil do profissional do Serviço Social:

O perfil desse trabalhador é de uma categoria fundamentalmente feminina (97%) com a presença de apenas 3% de homens; as idades prevalentes encontram-se nas faixas entre 35 a 44 (38%) e 25 a 34 anos (30%), ainda que 25% estejam na faixa entre 45 e 59 anos. A maioria professa a religião católica (67,65); segue-se a protestante (12,69%) e a espírita kardecista (9,83%), e 7,92% não têm qualquer religião. As demais preferências religiosas não têm incidência significativa. [...] A maioria (53%) é casada e 47% são solteiros (CFESS, 2009, p. 409).

Corroborando com esse perfil, a amostra da nossa pesquisa corresponde aos dados referentes a categoria ser predominantemente feminina e o estado civil. Por sua vez, diverge apenas com relação a faixa etária e a religião. Ainda na pesquisa do CFESS (2009) identificou-se que o profissional é “[...] majoritariamente um funcionário público, que atua predominantemente na formulação, planejamento e execução de políticas sociais com destaque às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras” (CFESS, 2009, p. 407).

No que tange à formação profissional, três concluíram a graduação em instituição de ensino superior privada e duas em instituição pública federal. Em relação às pós-graduações realizadas constatou-se que foram realizadas, em sua maioria, em instituições privadas, apenas uma em instituição pública federal e outra não cursou pós-graduação. Dentre esses dados, duas participantes realizaram duas pós-graduações em áreas diferentes, sendo uma em nível de especialização e a outra além da especialização está cursando o mestrado em instituição pública federal. O vínculo institucional revela que as assistentes sociais, duas delas são estatutárias, duas são contratadas e uma ocupa cargo comissionado.

Importante destacar que as participantes do estudo revelaram, tanto no questionário, quanto no grupo focal, que três delas tem contrato de trabalho em outras instituições de saúde de âmbito público municipal e no setor privado. A experiência do trabalho ao ser narrada contribuiu para enriquecer suas análises acerca da complexa relação que é tecida diariamente

entre a rede de petição dos usuários dos serviços de média complexidade e o coletivo de profissionais que busca estabelecer relações de compromisso entre os serviços e o coletivo das profissões que produzem o cuidado em saúde no município.

Na redação da dissertação optamos pela apresentação do material oriundo dos grupos focais, da discussão em grupo e dos questionários a serem identificados a partir da seguinte orientação: identificamos a assistente social através da seguinte forma 1ª Assistente Social (1ª AS), 2ª Assistente Social (2ª AS) e assim, sucessivamente. Nossa opção pelo uso desse critério baseado na ordem de aceite de participação da pesquisa deu-se com o objetivo de preservar a identidade das participantes da pesquisa. Segue-se à identificação do sujeito a da natureza da fonte, se decorrente do grupo focal, da discussão em grupo ou dos questionários de questões semiabertas. Destacamos a forma de citação adotada para o questionário: 1ª AS Q; 2ª AS Q; e assim sucessivamente.

No que tange aos grupos focais utilizou-se a seguinte forma de citação: 1ª AS GF1 e 1ª AS GF2. E na discussão em grupo a citação se dá da seguinte forma: 1ª AS DG e 3ª AS DG. A numeração da participante da pesquisa é a mesma tanto para o uso das fontes dos grupos focais, quanto para a discussão em grupo e os questionários de questões semiabertas. O critério adotado permite ao leitor condição objetiva para acompanhar aspectos singulares revelados pelos sujeitos.

A redação da dissertação está estruturada em três capítulos.

O capítulo 1 – *Política de Saúde, Território e Média Complexidade em Timon (MA)* apresenta inicialmente a trajetória histórica da Política de Saúde no Brasil, o arcabouço jurídico e conceitual, com destaque para os três níveis de atenção à saúde, a saber: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade no SUS. Na sequência são apresentadas as Redes de Atenção à Saúde acompanhadas da discussão sobre a dinâmica do território de Timon, cenário da pesquisa, bem como, o perfil sociodemográfico nos anos 1991, 2000 e 2010. Ao final destaca-se, o perfil epidemiológico do município no período de 2008-2018.

O capítulo 2 – *Os Serviços de Saúde de Média Complexidade em Timon: reflexões sobre o trabalho do assistente social* apresenta uma breve introdução sobre o trabalho do Serviço Social na Saúde destacando, primeiramente a relação entre território e a população

local, bem como aborda a distribuição dos serviços no território enfatizando a configuração dos mesmos nos distritos sanitários do município.

Na sequência apresenta-se uma introdução à discussão do trabalho do Serviço Social na Saúde e de suas interfaces com a rede de serviços e da rede de petição e compromisso que se configuração na trama do cuidado em saúde e de suas mútuas relações e desafios na grande cidade.

O capítulo 3 – *O lugar do social na produção do cuidado em saúde no município de Timon: o trabalho do assistente social na Média Complexidade* relaciona o trabalho do assistente social na Média Complexidade analisado sob a perspectiva analítica das profissionais que, cotidianamente, o realizam. Nessa perspectiva, enfatiza a pesquisa de campo, seus sujeitos e os diversos pontos de vistas dos protagonistas dessa atividade sobre a intervenção profissional nesse nível de complexidade.

Destaca ainda os limites e as possibilidades inerentes à produção do cuidado e a relação de interdependência e de interpenetração com os outros níveis de atenção à Saúde e com as demais políticas sociais, posto que a população adstrita a esses territórios apresenta diferentes condições de acesso à saúde e de vulnerabilidade social.

Nessa discussão foi privilegiado a análise do material advindo da pesquisa de campo, com base na triangulação de fontes e de método, estando atento à base conceitual e legal da profissão, bem como aos aspectos relativos ao território e à história da consolidação da política de saúde *do* e *no* município de Timon, tendo-se as considerações finais ancoradas nos resultados do estudo.

## CAPÍTULO 1

### POLÍTICA DE SAÚDE, TERRITÓRIO E MÉDIA COMPLEXIDADE EM TIMON (MA)

---

#### 1. Trajetória histórica da Política de Saúde no Brasil

A questão do direito à saúde e a presença das múltiplas formas de vulnerabilidade social num país fortemente marcado pela desigualdade social requer a consolidação e o fortalecimento de políticas sociais para o enfrentamento das disparidades locais e regionais, sem perder de vista a defesa do direito à vida, à saúde, à educação, enfim, requer a afirmação dos Direitos Humanos (COMPARATO, 2015, p. 242 *et seq.*).

No Brasil, o acesso à saúde está previsto e assegurado na Constituição Federal de 1988, ancorado num conjunto de leis do âmbito federal, estadual e municipal, bem como se materializa sob a forma de normas, resoluções e legislações do Ministério da Saúde em consonância com as normativas da Organização Mundial de Saúde. A luta pela Reforma Sanitária – movimento que contou amplamente com a participação de intelectuais, trabalhadores e da Sociedade Civil organizada – culminou com a aprovação do artigo Art. 196 da Carta Magna brasileira, que define a saúde como,

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

O artigo 194 estabelece que a Seguridade Social “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Nesta perspectiva a lei estabelece que compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a Seguridade Social, com base nos seguintes objetivos: i) universalidade da cobertura e do atendimento; ii) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; iii) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; iv) irredutibilidade do valor dos benefícios; v) equidade na forma de participação no custeio; vi) diversidade da base de

financiamento; vii) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Com a Constituição Federal de 1988, a Política de Saúde alcança o *status* de Política Social, se amplia o conceito de saúde definindo que ao Estado compete à responsabilidade de garantir esse direito por meio de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (BRASIL, 1988). No Brasil, após a Carta Magna, dá-se a ampliação do debate sobre o conceito de saúde, tomando-se por base a definição da saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (WHO, 2014), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A Política de Saúde passa a compor juntamente com as políticas de Assistência Social e a de Previdência Social, o tripé da Seguridade Social, uma vez que, com a consolidação do SUS, a mesma passa a ter nos determinantes sociais a centralidade no processo de produção do cuidado, o que implica não somente em ações no sistema de atenção à saúde, como também do reordenamento do modelo assistencial e de participação social, os quais são fundamentais para a compreensão e a busca da potência das ações no campo da saúde.

A política de saúde, na sua trajetória histórica, é marcada por “múltiplas racionalidades e temporalidades”, como destaca Joazeiro (2018), pois “a saúde como uma das políticas públicas universais no país tem valor e alcance fundamental, essa política é tensionada por múltiplas racionalidades e temporalidades que a constituem, ao mesmo tempo, como um espaço de produção do cuidado, de defesa da vida e da cidadania” (JOAZEIRO, 2018, p. 73).

Diante da atual conjuntura social, política e econômica, em face da fragmentação e da desregulamentação de direitos e das políticas sociais, se torna necessário um olhar mais aprofundado acerca da saúde pública visando à compreensão dos limites e avanços da Política de Saúde, no caso desse estudo, enfatiza-se a atenção à saúde nas instituições de Média Complexidade, bem como, se analisa o processo de cuidado indispensável para gerir as interfaces do trabalho do assistente social e a sua articulação com as diversas profissões que, mediante ações de caráter interdisciplinar, realizam ações tanto individuais, quanto coletivas no espaço dessas instituições de saúde.

Em relação à Política de Saúde no Brasil é importante traçar um breve percurso que essa política percorreu desde o século XVIII até a consolidação do SUS. Segundo Bravo (2009) no século XVIII, a assistência médica era pautada tanto pela filantropia, quanto pela prática liberal. Por sua vez, no século XIX, por conta das mudanças decorrentes do capitalismo, surgiram iniciativas no campo da saúde pública, tais como vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas. No século XX, sobretudo, a partir dos anos de 1930 e também em decorrência de determinantes econômicos, políticos e sociais a saúde passa a ser percebida como uma decorrência das expressões da questão social no Brasil.

Ainda, de acordo com Bravo e Matos (2007), a organização da Política de Saúde ocorria em dois setores: o da Saúde Pública e o da Medicina Previdenciária (BRAVO, 2011). Até início da década de 1980, o modelo priorizado foi o da Medicina curativa e no período da ditadura militar houve grande investimento na privatização dos serviços de saúde. Esse modelo foi e será sempre incapaz para solucionar os principais problemas de saúde coletiva. Bravo (2011), afirma que no século XX, ao longo dos anos 30, diante das mudanças econômicas e políticas observadas, deu-se o advento de políticas sociais nacionais, as quais deveriam contemplar as questões em que estavam inseridas, como por exemplo, a saúde e a sua forma de organização.

No período entre os anos de 45 a 64 é perceptível a presença de melhorias sanitárias, porém doenças infecciosas e parasitárias ainda elevavam as taxas de mortalidade no país. Com início nos anos 50 os interesses capitalistas no setor da saúde, materializados, por exemplo, sob a forma de hospitais de natureza privada visando lucros, no qual a Medicina Privada passa a exercer sua força sobre o Estado com o objetivo de financiar as produções privadas. Segundo Bravo (2011), até 1964, a assistência médica previdenciária era fornecida pelos institutos.

O período da ditadura militar modificou o desenvolvimento da saúde no Brasil, tendo havido o declínio da saúde pública, pois o regime autoritário impulsionou a medicalização da vida social. A política de saúde precisava acompanhar as mudanças verificadas no exterior e a consequência disso foi o declínio da Saúde Pública e o crescimento da Medicina Previdenciária. Contudo, a década de 1980, a saúde passa a ter uma dimensão política e democrática, estando pautada pelo objetivo de melhorar a situação da saúde e de fortalecer o

setor público no país, esse movimento foi denominado como Movimento Sanitário (BRAVO, 2011).

Na década de 1980, tem-se como marco para avanços na política de saúde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, no Distrito Federal, que teve como objetivo apresentar uma política de saúde em conformidade com a lógica da universalidade, integralidade e como uma política que deveria fazer parte da Seguridade Social. Nesse sentido, a proposta a Reforma Sanitária visava à implementação e a implantação de um Sistema Único, que de fato, se tornará o modelo de Saúde Pública no país.

O Sistema Único de Saúde (SUS), arranjo organizacional que dá suporte à política, foi regulamentado em 1990 através das leis nº 8.080 e nº 8.142 que detalham a sua organização e funcionamento. A sua operacionalização é orientada por meio dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo e das normas operacionais (NOBs e NOAs). A estruturação desse sistema trouxe grandes avanços na forma como o Estado passou a responder à demanda de saúde, tendo gradualmente, se constituído na política pública de saúde, uma vez que se buscava ultrapassar a ideia de saúde associada à doença, que estava ligada a uma visão biológica e individual (VASCONCELOS, PASCHE, 2006).

Segundo Vasconcelos e Pasche (2006) o SUS orienta-se por princípios doutrinários e organizativos. Os doutrinários correspondem à universalidade, integralidade e equidade, bem como o direito à informação. Por sua vez, os organizativos são: descentralização, hierarquização, regionalização e participação da comunidade. Segundo os autores, os primeiros asseguram legitimidade ao Sistema, e os organizativos permitem a racionalização do funcionamento do mesmo.

Entretanto, é importante destacar que essas conquistas vieram junto com a consolidação do neoliberalismo no país, pautado num ideário de redução da intervenção estatal, incentivo à privatização e expansão de políticas focalizadas e seletivas, como assinala Behring (2009). Assim, o neoliberalismo representa “à volta ao indivíduo, ao reino privado e ao consequente desmantelamento da institucionalidade contemporânea” (OLIVEIRA, 1999, p. 55).

Draibe (1993) assinala que as políticas sociais, no contexto do neoliberalismo e de “reforma” do Estado, são marcadas pelo trinômio do neoliberalismo: privatização, focalização/seletividade e descentralização. Esse trinômio reflete como se configura na



atualidade a política de saúde, que apesar de ter um caráter universal, apresenta fragilidades, pois ainda não é possível atender a população concernida e suas necessidades em saúde no âmbito dos serviços de saúde. A “saúde pública padece da falta de recursos, o que se evidencia em longas filas, na demora para a prestação de atendimentos, na falta de medicamentos e na redução de leitos” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 161) hospitalares.

Conforme assinala Vasconcelos e Pasche (2006), a lógica de funcionamento do SUS necessita, assim como nos outros sistemas, de fluxos de informação e ação coordenada entre os subsistemas e as ações que os compõem, uma vez que as mudanças na concepção de saúde não se converteram numa imediata mudança nas ações que seriam indispensáveis para assegurar o direito à saúde. Em virtude da complexidade que envolve o Sistema de Saúde, a composição de um modelo conceitual e o conjunto das mudanças adotadas não foram suficientes para superar os impasses presentes na atenção à saúde no Brasil. Considera-se que um dos maiores desafios, que está posto ao SUS na atualidade é o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais, assegurando o acesso e a melhoria na qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção.

Interessante assinalar que a profissão de assistente social acompanhou esses avanços no decorrer do tempo, tendo o arcabouço conceitual, legal, ético político e técnico operativo se fortalecido ao longo do processo de organização do SUS. Nessa trajetória histórica é imprescindível recuperar e ter clareza dos movimentos históricos que estiveram em confronto nos dois grandes projetos em disputa: o projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, conforme Bravo (2009) e Matos (2013) assinalam.

Ainda na esteira dessa reflexão sobre os marcos legais da Saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), produziu grandes mudanças na forma como o Estado passou a responder à demanda de atenção à Saúde no país, ancorada nos parâmetros constitucionais que constituiu a ossatura da política pública de saúde. Entre essas mudanças, destacam-se as novas formas de reorganização do trabalho na saúde, organizadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do Sistema que buscam atender os princípios da Reforma Sanitária, quais sejam: universalidade, integralidade, descentralização, participação da comunidade, entre outros (BRASIL, 1990). Assim, entende-se que:

O SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos. Seus avanços são

significativos, mas **persistem problemas a serem enfrentados** para consolidá-lo como um **sistema público universal e equânime** (BRASIL, 2007, p. 14, destaques nossos).

Além disso, essas mudanças se materializam sob uma nova configuração para a execução da política que passa a ser classificada em três níveis de atenção: Atenção Básica, Atenção Média e Alta Complexidade, com intuito de atender os princípios e diretrizes do SUS.

## 1.1 Níveis de Atenção à Saúde e complexidade no SUS

### 1.1.1 Atenção Básica, Média e Alta Complexidade

No processo de consolidação do SUS, a atenção à saúde foi definida em três níveis: a Atenção Primária à Saúde, a Secundária e a Terciária. Assim, segundo Fleury *et al.* (2014), ao analisar a implementação do SUS e ao perceber os “redirecionamentos das políticas e serviços de saúde na direção de consolidação dos princípios de universalidade e integralidade, permitindo a ampliação da equidade no acesso e na utilização do sistema” observa-se que,

Esses avanços têm se manifestado em todo o campo da atenção à saúde, ou seja, abrangem as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, voltadas para indivíduos, grupos específicos (crianças, mulheres, negros etc.) e coletividades, em todos os níveis de complexidade tecnológica (cuidados primários, secundários e terciários (FLEURY *et al.*, 2014, p. 385).

Corroborando com a discussão dos níveis de atenção à saúde, Mendes (2011) considera que,

Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a Atenção Primária à Saúde (APS), ao de **densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde**, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde (MENDES, 2011, destaques nossos).

A Atenção Básica compreende “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2007, p. 16). Ou seja, a Atenção Básica desenvolve-se por meio de ações das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no território e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que consistem

na porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde pública, conforme preconizado nos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação social previstos no SUS.

Chioro e Solla (2012, p. 4) afirmam que a Atenção Especializada como “um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pelas chamadas tecnologias especializadas”, delimitada *pele e no* território, materializada sob a forma de serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares que existem a partir do referenciamento da população usuária dos Serviços de Atenção Primária a saúde, quando os problemas de saúde não são resolvidos nesse nível de complexidade. Nessa perspectiva, se apreende a imprescindível necessidade de vinculação entre esses Níveis de atenção, entre a Atenção Primária, e os demais níveis de atenção intimamente vinculados à Média Complexidade.

**A Média Complexidade ambulatorial** é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a **disponibilidade de profissionais especializados** e a **utilização de recursos tecnológicos**, para o **apoio diagnóstico e tratamento** (BRASIL, 2007, p. 18, destaques nossos).

Por sua vez, o conceito de Nível Terciário está relacionado à Alta Complexidade no SUS, que se refere a um conjunto de procedimentos que, “**envolve alta tecnologia e alto custo**, objetivando propiciar à população acesso a **serviços qualificados**, integrando-os aos **demais níveis de atenção à saúde** (Atenção Básica e de Média Complexidade)” (BRASIL, 2007, p. 18, destaques nossos).

Nesse sentido Tesser e Poli Neto (2017) compreendem que “o cuidado especializado é necessário para dar efetividade e consequência à APS e prover assistência especializada aos que dela necessitam, complementando-a, para que o Sistema aproxime-se de uma integralidade desejada” (*ibid.*, p. 942). Segundo o documento (Brasil, 2004) um dos grandes problemas do SUS, é a estruturação “insuficiente” e heterogênea da rede de cuidados especializados, tornando-a um gargalo na construção do Sistema.

Os resultados de um amplo estudo nacional realizado com o objetivo de fazer uma Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil visando o monitoramento da implantação e do funcionamento das Equipes de Saúde da Família (ESF) nos anos 2001/2002, revelou que

[...] o apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada ainda foram insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo Programa Saúde da Família. A falta de equidade no acesso entre estados e regiões reitera a situação já conhecida **da oferta desordenada dos serviços de maior complexidade** e aponta para a **necessidade de estruturação da rede do SUS**, implementando o controle e a regulação do sistema (BRASIL, 2004).

Segundo a legislação em vigor, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela Atenção Primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Na relação entre usuários e serviços de saúde, a Média Complexidade tem a peculiaridade dos usuários “irem em busca dos serviços nos locais especializados”, diferente da Rede Básica em que “os serviços ‘vão’ até os usuários” (CHIORO; SOLLA, 2012, p. 1).

Os serviços especializados destinam-se a “um subconjunto de uma parcela da população total que necessita de cuidados mais intensivos e diferenciados em um determinado momento”, sendo que a garantia desta atenção especializada se dá por meio de uma rede hierarquizada e regionalizada, assim “garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo-benefício, quanto a qualidade da atenção a ser prestada” (CHIORO; SOLLA, 2012, p. 4).

Conforme Chioro e Solla (2012),

[...] a Atenção Básica é desenvolvida com **o mais alto grau de descentralização e capilaridade**, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se **oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade** da atenção, da **responsabilização**, da **humanização**, da **equidade** e da **participação social** (*ibid.*, p. 4, destaques nossos)

Os serviços, programas e projetos na área da saúde nos quais o profissional intervêm, são destinados aos usuários dos serviços de saúde, que levam suas demandas e necessidades aos profissionais, no intuito de que as mesmas sejam atendidas e, nessa relação usuário-trabalhador e/ou trabalhador-usuário, sejam produzidos resultados efetivos na garantia de direitos e no acesso aos serviços.

## 1.2 Redes de Atenção à Saúde: entrelaçando estratégias entre os serviços de saúde

O Decreto n.º 7.508/2011 regulamenta a Lei n.º 8080/1990 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Em conformidade com o Decreto supracitado, é considerada Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Nessa perspectiva, consideram-se como **Portas de Entrada**, os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS<sup>3</sup>. Os **serviços de atenção hospitalar** e os **ambulatoriais especializados**, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada. São consideradas Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: i) de Atenção Primária; ii) de Atenção de Urgência e Emergência; iii) de Atenção Psicossocial; iv) Especiais de Acesso Aberto<sup>4</sup>.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é o conjunto de ações e serviços de saúde **articulados em níveis de complexidade crescente**, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. São as RASs que determinam “a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários”.

Importa explicitar que os níveis de atenção secundária e terciária constituem os serviços de maiores densidades tecnológicas, mas não são os de maiores complexidades, consoante as reflexões de Mendes (2011):

Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS (MENDES, 2011, p. 83).

Cumprido destacar que

---

<sup>3</sup> Artigo 2, inciso III do decreto, 7508/2011.

<sup>4</sup> Serviços Especiais de Acesso Aberto, serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial. Cf. inciso VII, Decreto 7508/2011

[...] esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de **atenção secundária**, nas **microrregiões sanitárias**, e os **pontos de atenção terciária**, nas macrorregiões sanitárias. Além disso, articulam-se com os níveis de atenção à saúde: os pontos de atenção secundária compõem o nível de atenção secundária (“média complexidade”) e os pontos de atenção terciária integram o nível de atenção terciária (“alta complexidade”) (MENDES, 2011, p. 173, destaques nossos).

Nesta perspectiva, torna-se importante compreender o trabalho em saúde que se realiza na Rede de Atenção à Saúde do SUS. Mehry (2004), ao analisar o Sistema Único de Saúde e a relação estabelecida com o “agir tecnológico dos trabalhadores da saúde” analisa as tensões que estão presentes no SUS, nesse espaço que transita entre a política pública e a política governamental, bem como, sua relação com o controle social, a contribuição e a percepção dos trabalhadores de saúde no processo de produção do cuidado em saúde e o seu reconhecimento ou “não” enquanto sujeitos políticos que participam da construção e da consolidação do SUS (MEHRY, 2004, p.1-2).

Mehry (2004) defende que os trabalhadores em saúde são sujeitos políticos no processo de cuidado. Assim, tem a responsabilidade de intervir por meio dos conhecimentos singulares de cada área do saber, pois “somos considerados trabalhadores de saúde, [...] porque somos um **conjunto de sabidos singular**, que estamos neste campo da saúde por sermos **sabidos de processos de ações tecnológicas** que respondem ao **mundo das necessidades de saúde**” (MERHY, 2004, p. 6, destaques nossos).

Entende-se que as necessidades em saúde estão para além do processo saúde-doença, como afirma Miotto e Nogueira (2009, p. 229), pois “[...] postula-se que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural”.

Nesta perspectiva analítica, o acesso aos serviços de saúde para garantir melhores condições de vida para os usuários do SUS, relaciona-se também, com os aspectos econômicos, sociais e culturais uma vez que são considerados fatores determinantes das condições de saúde.

Dentre os **diversos fatores determinantes das condições de saúde** incluem-se os **condicionantes biológicos**, o **meio físico**, assim como os **meios socioeconômico e cultural**, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de

atenção pelo sistema prestado (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 229, destaques nossos).

Daí entender-se que os problemas de saúde são determinados por fatores sociais, que atingem as famílias em situação de vulnerabilidade social, os que vivem ou não do trabalho, uma vez que “[...] a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do século XX e já no século XXI [...]” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 229).

Na perspectiva de Carvalho e Buss (2012), os determinantes sociais são: ambiente de trabalho, educação, condições de vida e de trabalho, desemprego, água e esgoto, habitação, serviços sociais de saúde e produção agrícola de alimentos. Os autores afirmam que podem ser desenvolvidos planos de intervenções para minimizar os fatores negativos decorrentes dos determinantes sociais no espaço da saúde, uma vez que esses determinantes causam interferência no processo saúde-doença.

Ampliando o debate, considera-se que os trabalhadores em saúde atuando no SUS atendem os usuários em suas necessidades de saúde. Assim, Pereira (2011) ao tratar de necessidades humanas básicas, à luz da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), inicialmente traz à tona a discussão de mínimo e básico. A autora afirma que há uma tendência de vincular “provisão mínima” e “necessidades básicas”, como se fossem termos equivalentes no campo da semântica, mas, defende a diferença conceitual e político-estratégico entre os mesmos (PEREIRA, 2011).

Assim, o mínimo expressa a “conotação de menor, de menos, em sua acepção mais ínfima, identificada com patamares de satisfação de necessidades que beiram a desproteção social”, uma vez que, “o mínimo nega o ‘ótimo’ de atendimento” (PEREIRA, 2011, p. 26-27). Por sua vez, o básico diz respeito a “algo fundamental, primordial, que serve de base de sustentação indispensável e fecunda ao que ele acrescenta”. Nessa perspectiva, tornam-se necessários “investimentos sociais de qualidade para preparar o terreno a partir do qual, maiores atendimentos podem ser prestados e otimizados” (PEREIRA, 2011, p. 26).

Corroborando com a autora, em suas reflexões sobre a Política de Assistência Social, entende-se a importância do conceito de necessidades humanas básicas, também para a política de saúde, uma vez que:

O básico é direito indisponível (isto é, inegociável) e incondicional de todos, e quem não o tem por falhas do sistema socioeconômico terá que ser ressarcido desse *déficit* pelo próprio sistema. [...] Em suma, a satisfação otimizada de necessidades deverá visar simultaneamente à melhoria da eficiência da política social e da equidade social (PEREIRA, 2011, p. 35).

A discussão de necessidades humanas básicas de Pereira (2011) coaduna-se com a contribuição de Campos (2000), ao afirmar que

Enganam-se aqueles que atribuem ao poder dominante a capacidade exclusiva de sempre produzir necessidades sociais. [...] Em alguma medida, os de baixo metem sua colher de pau no cozido das necessidades sociais. O que se argumenta é que caberia aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, apoiando-se em uma teoria sobre a produção de saúde, tratar de construir projetos e de levá-los à prática; objetivariam então a concretização de determinados valores de uso, expressos sob a forma de necessidades, bem como dos meios necessários para atendê-las (CAMPOS, 2000, p. 228).

Os argumentos de Campos (2000) reforçam a ideia de que nos usuários do SUS se encontram a mola propulsora e a identificação das necessidades sociais que precisam ser atendidas nos serviços de saúde. Segundo o autor, entre os usuários do SUS e os trabalhadores de saúde se situa a perspectiva de mudança. Assim, considera a interferência dos dominados na dinâmica social no sentido da alteração de valores, pois “a alteração de valores ressalta a inadequação social e histórica de estruturas ultrapassadas, aumentando as possibilidades de mudança” (CAMPOS, 2000, p. 229).

Mehry (2004) acrescenta a análise sobre o que vem a ser o agir tecnológico em saúde

[...] nossa capacidade de ação, do ponto de vista tecnológico, como alguém que faz uma opção ético-política no cotidiano; alguém que faz uma opção por entender que o encontro, **entre o nosso agir tecnológico e o mundo das necessidades, é um agir tecnológico** e, como tal, **é um ato político**. [...] Ele é um ato político porque [...] **implica uma opção social**, assumida por nós trabalhadores, se militamos a favor da vida, ou não, ou, até, se militamos a favor de uma morte menos sofrida (MEHRY, 2004, p. 8, destaques nossos).

Merhy e Franco (2012) ao abordarem o trabalho vivo em saúde, assinalam a natureza relacional desse trabalho, uma vez que “traz a centralidade do trabalho vivo, ou seja, os produtos da saúde se realizam em ato, na relação entre produtor e consumidor” (MEHRY; FRANCO, 2012, p.154).



Outra contribuição fundamental sobre o trabalho vivo e sua relação com o desenvolvimento científico e tecnológico é mencionada por Iamamoto (2008) ao reconhecer que:

A crescente potenciação do trabalho vivo possibilitada pelo avanço científico e tecnológico, em que a ciência torna-se uma força produtiva por excelência, patenteia o **papel essencial que o trabalho** cumpre na reprodução da sociedade contemporânea, como substância mesma da riqueza (IAMAMOTO, 2008, p. 88, destaques nossos).

Mehry e Franco (2012) afirmam que “um olhar para a micropolítica do processo de trabalho, [...] é uma discussão que vem do lugar onde se estabelece o encontro entre usuários e trabalhadores, como parte do cenário onde se realizam a produção do cuidado”, isto é, a produção do cuidado se dá a partir da relação estabelecida entre usuários e trabalhadores.

No que tange à dimensão relacional presente na produção do cuidado em saúde, Mehry e Franco (2012) destacam que ela é central no processo de trabalho uma vez que “comporta um tipo de tecnologia” já que “o modo de estabelecer essas relações é tecnologicamente orientado” e assim, a partir da concepção de Marx sobre trabalho vivo e morto, os autores retomam a perspectiva analítica que considera o trabalho vivo como “o trabalho em ato, no seu exato momento de produção, criação, portanto, se realiza na atividade do trabalhador”.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, **produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações**, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: **momentos de falas, escutas e interpretações**, no qual há a **produção de uma acolhida ou não das intenções** que estas **pessoas colocam neste encontro** [...] (MEHRY, 2004, p. 115, destaques nossos).

Mehry (2004) apresenta sua própria forma de compreender tecnologia no campo da saúde, uma vez que para o autor há três tipos de tecnologias utilizadas nos serviços de saúde. A **tecnologia dura** refere-se as “várias ferramentas-máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o ‘paciente’, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário” (MEHRY, 2004, p. 115).

No trabalho em saúde a **tecnologia leve-dura** utiliza-se de “conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do

dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc” (*ibid.*, p. 115). Assim, Mehry (2004) afirma que “há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho e que está sempre presente nas atividades de saúde” (*ibid.*, p. 115).

Nesse sentido, Mehry (2004, p. 115) define a tecnologia leve-dura, como:

É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado.

A tecnologia leve está relacionada à produção de vínculos entre trabalhadores e usuários e efetiva-se por meio de:

[...] **momentos de falas, escutas e interpretações**, nos quais há a **produção de uma acolhida ou não das intenções** que essas pessoas colocam nesse encontro; **momentos de cumplicidades**, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; **momentos de confiabilidade e esperança**, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MEHRY, 2004, p. 115, destaques nossos).

O usuário do SUS ao buscar acesso aos serviços de saúde públicos está imbuído de seu direito, direito esse que o Estado tem o dever de garantir mediante a oferta de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), conforme previsto na Constituição Federal de 1988.

### 1.3 O território de Timon (MA): da “Cidade Flores” à contemporaneidade

#### 1.3.1 Perfil Sociodemográfico

No estudo em curso, o território analisado é o do município de Timon, considerado um município de grande porte, em conformidade com os parâmetros estabelecidos pela classificação dos municípios adotada pela Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2005, p. 17) tomando por base a população do município num total de 155.460 habitantes (IBGE, 2010).

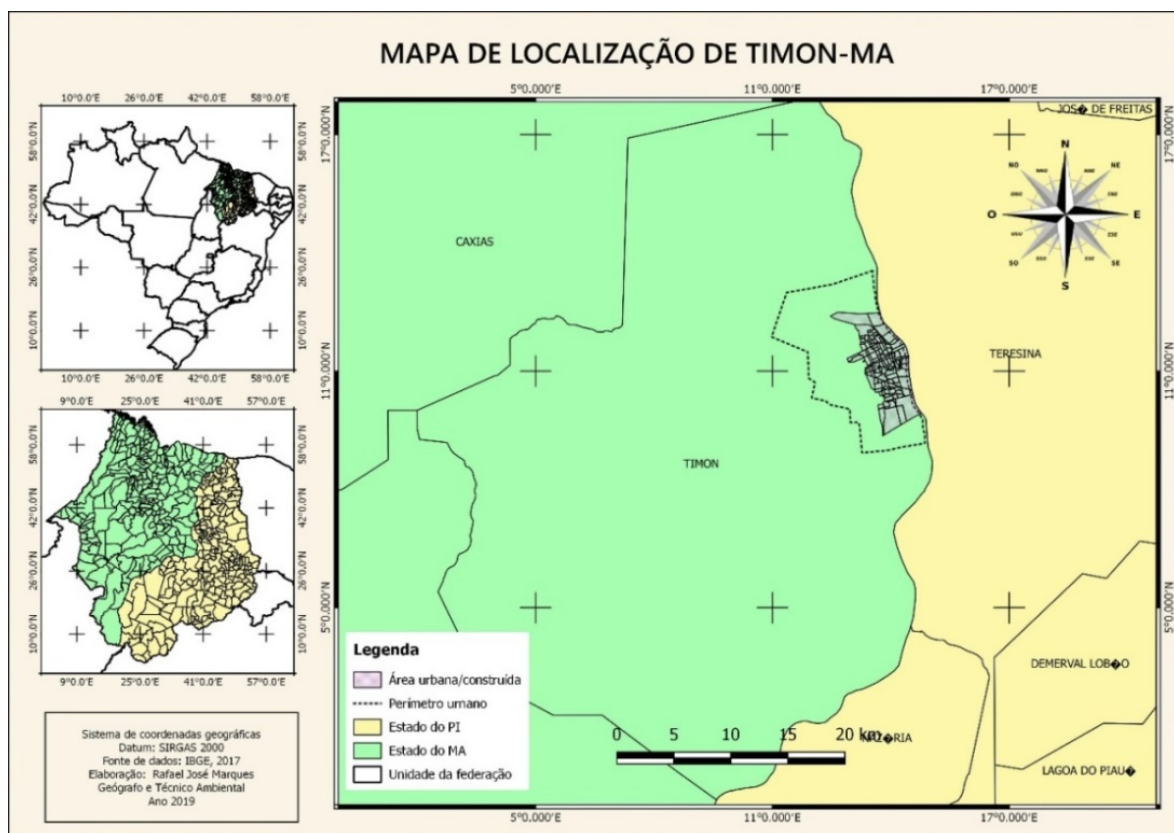
O município de Timon era considerado Vila Flores, que por meio do Decreto n. 50, de 22 de dezembro de 1890, assinado pelo bacharel José Vianna Vaz, primeiro vice-governador do Estado do Maranhão, instituiu a Vila e desmembrou da então Comarca de São José dos Matões a Vila de Flores. Em seguida, no dia 02 de fevereiro de 1891, foram discriminados os

limites da Vila de Flores, por meio do Decreto n. 61, assinado também pelo Dr. Vianna Vaz (SOUSA, 2005).

A Vila de Flores passou a ser considerada cidade Flores, no ano de 1924, sob a administração do Coronel Ribeiro Albuquerque, por meio da Lei n. 1.139. Dando continuidade à análise ao longo do contínuo do tempo, outro momento histórico importante nesse processo refere-se à mudança da cidade de Flores para Timon, ocorrido no período de 1943, ocorrida durante a interventoria do Coronel Urbano Martins de Sousa, tendo sido Timon reconhecida como cidade (SOUSA, 2005).

O município de Timon é a quarta maior cidade em número de habitantes do Estado do Maranhão. Para facilitar a compreensão das especificidades do município de Timon ora analisado, é fundamental situá-lo no mapa do Maranhão, bem como demarcar sua localização no país (**Figura 1**).

**Figura 1** – Localização do Município de Timon no Estado do Maranhão e no Brasil.

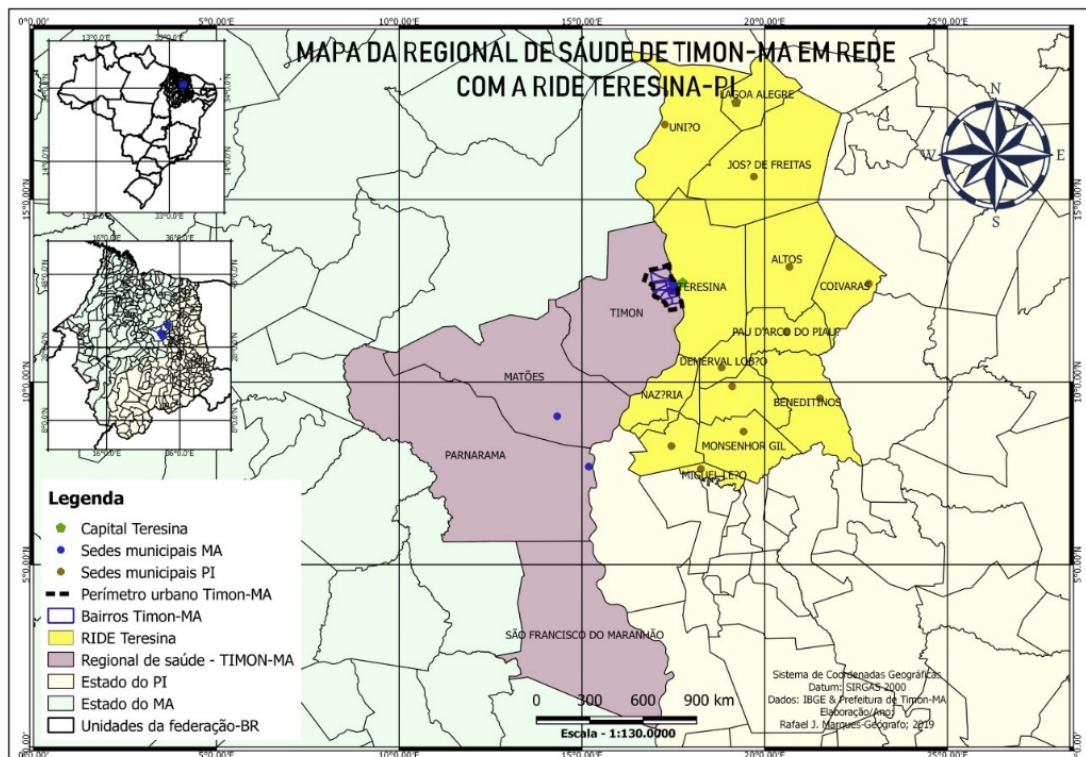


Fonte: IBGE, 2017.

O município ocupa um território de 1.764,612 km<sup>2</sup> (IBGE) situa-se no Estado do Maranhão, estando localizado na Mesorregião Leste Maranhense – Microrregião Geográfica de Caxias, tendo como limites: **ao norte**, o município de Caxias e Matões; **ao Sul**, o Rio Parnaíba e o município de Teresina, capital do Estado do Piauí; **ao leste**, o município de Caxias; **a oeste**, o município de Matões (TIMON, 2018-2021).

Timon faz parte da Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina (RIDE Grande Teresina) criada através do Decreto N° 4.367, de 09 de setembro de 2002, sendo Timon o segundo maior município dessa Região. O Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos (IMESC) define que o município compõe a Região de Planejamento do Médio Parnaíba. O município é a sede da Região de Saúde de Timon, que é composta pelos seguintes municípios: Timon, Parnarama, São Francisco do Maranhão e Matões (**Figura 2**).

**Figura 2** – Mapa da Regional de Saúde de Timon em rede com a RIDE Teresina-PI.



Fonte: IBGE e Prefeitura Municipal de Timon, 2019.

A finalidade da criação da Região Integrada é a articulação da ação administrativa da união entre os Estados do Piauí e Maranhão. Compõe a Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) da Grande Teresina os municípios de Altos, Beneditinos, Coivaras, Curalinho, Demerval Lobão, José de Freitas, Lagoa Alegre, Lagoa do Piauí, Miguel Leão, Monsenhor Gil, Teresina e União, no Estado do Piauí, e pelo município de Timon, no Estado do Maranhão (BRASIL, 2002), observe na Figura 2 que a Região está destacada em amarelo.

A RIDE assume o interesse pelos serviços públicos comuns aos dois Estados (Piauí e Maranhão), relacionados com as áreas de infraestrutura, saneamento básico, coleta e tratamento de esgoto, bem como serviço de limpeza pública, Saúde e Assistência Social, Educação e Cultura, combate às causas de pobreza, dentre outros (BRASIL, 2002).

A população de 155.460 habitantes do município de Timon (IBGE, 2010), é composta por 75.561 homens e 79.899 mulheres. Do total da população residente, 135.133 habitantes residem na zona urbana e 20.327, na zona rural. No que se refere à distribuição de homens e mulheres nas zonas urbana e rural, 45,10% correspondem as mulheres que estão na zona urbana e apenas 6,30% residem na zona rural, já os homens são 41,83% que residem na zona urbana e 7% na zona rural. Observa-se que a população de mulheres na zona urbana corresponde a maior quantidade se comparada a população de homens que vivem na zona urbana, contudo, na zona rural, a população de homens representa a maioria, apesar da reduzida diferença.

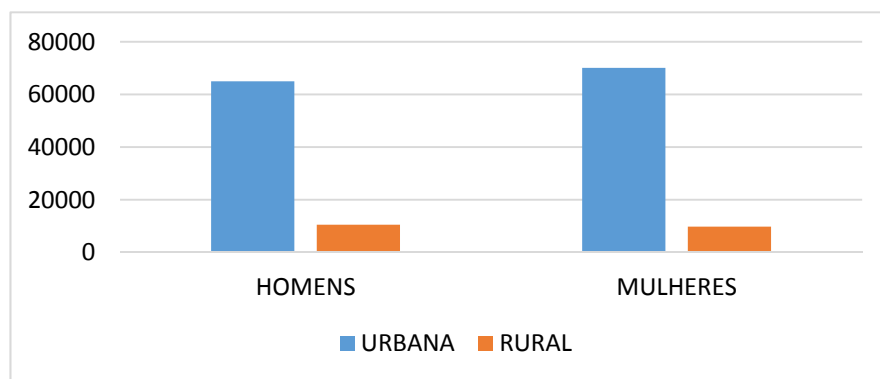
**Tabela 1** – População residente, por sexo e zona urbana e rural em Timon, MA. 1991, 2000 e 2010.

POPULAÇÃO	1991		2000		2010	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	107.439	100,00	129.692	100,00	155.460	100,00
Residente Masculina	52.091	48,48	63.042	48,61	75.561	48,60
Residente Feminina	55.348	51,52	66.650	51,39	79.899	51,40
Urbana	90.814	84,53	113.066	87,18	135.133	86,92
Rural	16.625	15,47	16.626	12,82	20.327	13,08

**Fonte:** PNUD, IPEA e FJP.

O Plano Municipal de Saúde de Timon-MA 2018 – 2021 assinala que entre os anos de 2000 e 2010, a população do município de Timon, registrada na **Tabela 1**, teve uma taxa média de crescimento anual de 1,83%, sendo que na década anterior, no período de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 2,11%. Sendo que no Estado, essas taxas foram de 1,02% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. As informações sobre a dinâmicas da população estão registrados na **Tabela 1**, sendo que os dados dessa tabela foram convertidos na **Figura 3** para facilitar a análise das informações relativa à população residente no município por perímetro urbano e rural.

**Figura 3** – População residente nas zonas urbana e rural, por gênero, em Timon, MA



Fonte: IBGE, 2010.

A preocupação de compreender o trabalho que se realiza na Política de Saúde num certo território pressupõe a atenção à dinâmica do nascer, do viver, do adoecer e do morrer nesse mesmo território. Para tentar compreender algumas características do território de Timon e a territorialização dos serviços de saúde buscamos fazê-lo a partir da análise de Santos (2006) e Koga (2013). Na referida obra, Koga tece sua análise fundada na perspectiva analítica de Santos, enfatizando a especificidade do território de vivência relacionado à configuração do espaço territorial definido pelas políticas sociais, que extrapolam a previsão legal e formal das mesmas, uma vez que, segundo a autora,

Se o território de vivência possui peculiaridades, singularidades e dinâmicas próprias, acionadas e articuladas pelos diferentes atores sociais, **sua configuração extrapola os limites da formalidade ou da institucionalidade estabelecida pelas políticas sociais**, que, normalmente, regem sua atuação por meio de regras administrativa (KOGA, 2013, p. 37, destaques nossos).

A discussão supramencionada de Santos (2006) e Koga (2013) nos auxiliam no desafio de buscar compreender que as relações sociais se estabelecem no âmbito do território de vivência ou território vivido. Para a autora, o território de vivência está relacionado ao lugar, que foi definido por Santos (2006) como sendo “o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade” (*op. cit.*, p. 322).

Assim, com base nessa compreensão, é pertinente buscar compreender como tem se dado essa relação na Política de Saúde do município de Timon. Trata-se de cidade que tem gestão plena de Saúde e oferta serviços de saúde nos níveis de Atenção Básica, Média e de Alta Complexidade.

Para se analisar os serviços de Média Complexidade na Saúde e a atuação do assistente social, é necessário fazer uma aproximação do território e uma análise situacional da população residente nesse município, com destaque para as famílias em situação de vulnerabilidade social, que exigem respostas do Estado, por meio da oferta de serviços e de múltiplas interfaces de políticas públicas no sentido de enfrentar a questão social referente ao acesso à saúde e a garantia desse direito.

Ampliando o debate e associando os dados supracitados à situação de vulnerabilidade social, entende-se a importância de se analisar a configuração expressa nos dados referentes às famílias registrados no Cadastro Único para Programas Sociais (CADÚnico), o qual é responsável por reunir “informações socioeconômicas das famílias brasileiras de baixa renda – aquelas com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa”.

Importante esclarecer que mediante o uso dessa tecnologia, o Governo Federal tem acesso as informações que permitem “conhecer as reais condições de vida da população e, a partir dessas informações, **selecionar as famílias para diversos programas sociais**” (BRASIL, 2017, destaques nossos). Vale ressaltar que a vulnerabilidade social é compreendida como “decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social” (BRASIL, 2005, p. 33).

A vulnerabilidade social, com base nos documentos oficiais do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), no Caderno de Orientações Técnicas sobre o PAIF, é definida como:

A vulnerabilidade de **um indivíduo, família ou grupos sociais** refere-se à **maior ou menor capacidade de controlar** as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, **a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades** propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade: a) físicos – meios para o bem-estar – moradia, bens duráveis, poupança, crédito; b) humanos: trabalho, saúde, educação (capacidade física e qualificação para o trabalho); e c) sociais – redes de reciprocidade, confiança, contatos e acessos à informação (BRASIL, 2012, p. 12, destaques nossos).

Segue para análise, o registro do perfil das famílias cadastradas do CADÚnico relativo à renda *per capita* do município:

**Tabela 2** – Registro de famílias no CADÚnico no município de Timon, MA

Renda <i>per capita</i> Familiar	Número de Famílias Cadastradas Ano 2017	Renda <i>per capita</i> Familiar	Número de Famílias Cadastradas Ano 2019
De R\$ 0 até R\$ 85,00	20.344	De R\$ 0 até R\$89,00	21.867
Entre R\$ 85,01 e R\$170,00	4.541	Entre R\$ 89,01 e R\$178,00	2.872
Entre R\$ 170,01 e ½ salário mínimo	5.530	Entre R\$ 178,01 e ½ salário mínimo	4.989
Acima de ½ salário Mínimo	4.369	Acima de ½ salário mínimo	6.070

**Fonte:** MDSA, Cadastro Único para programas Sociais, Agosto/2017; Junho/2019

No que diz respeito à vulnerabilidade social no município, os dados registrados no CADÚnico revelam que o município de Timon, até o mês de agosto de 2017, tem cadastradas 34.784 famílias, e dentre estas famílias, 20.249 são beneficiárias do Programa Bolsa Família. Por sua vez, registrou-se no sistema até junho de 2019 os seguintes dados: 35.798 famílias no CADÚnico e um total de 20.792 beneficiárias do Programa Bolsa Família.



### 1.3.2 Perfil Epidemiológico

A análise do quadro da mortalidade materna, infantil e fetal constituem importantes indicadores de saúde uma vez que são sensíveis para a avaliação da condição de vida de um grupo populacional, tendo em vista que retratam o estado de saúde mulher e da criança, assim como a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde obstétricos e pediátricos ofertados em uma determinada região (LIMA *et al*, 2017).

Assim sendo, considera-se que uma rede bem estruturada de serviços de média complexidade se constitui um ponto chave para um bom funcionamento do Sistema de Saúde, uma vez que a resolutividade desse sistema permite um alcance e maior efetividade da Atenção Básica e, inclusive, da Alta Complexidade.

Embora o município de Timon apresente maior índice de acesso da população aos serviços de média complexidade, quando comparado com os demais municípios que integram sua região de saúde, ainda apresenta altos índices de morbimortalidade; essa situação é também retratada por outros estudos da literatura pertinente ao tema (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; GOMES *et al*, 2014) e se relaciona às falhas no processo de regulação ligadas ao histórico modelo de saúde médico-hegemônico, que é direcionado ao atendimento ultra especializado, ainda presente no país.

**Quadro 1** – Quadro comparativo da mortalidade infantil e fetal de Timon, MA no período de 2008 a 2018 por causas evitáveis, não evitáveis e de morte mal definidas.

PAINEL DE MONITORAMENTO DA MORTALIDADE INFANTIL E FETAL DE TIMON-MA											
INDICADOR	ANO DE REFERÊNCIA										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Causas Evitáveis	40	31	38	24	29	28	24	45	39	25	23
Causas não evitáveis	12	11	13	16	13	15	13	16	10	15	11
Causas de morte mal definidas	3	2	0	0	2	0	1	0	1	0	1
Óbitos totais	55	44	51	40	44	43	38	61	50	40	35

**Fonte:** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/ SVS – Dez. 2018.

Um estudo realizado por Spedo *et al.* relativo ao município de São Paulo assinalou que a deficiente articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde tem origem na falta de

protocolos oficiais que orientem os encaminhamentos de pacientes das Unidades Básicas de Saúde para estabelecimentos que ofereçam procedimentos de Média Complexidade (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Uma análise atenta à base de dados do **Quadro 1** explicita que ao longo do período de 2008 a 2018 prevaleceu no município a mortalidade por situações de Causas Evitáveis, fato que interpela a Rede de Atenção à Saúde e as autoridades locais a refletirem com seriedade sobre a dinâmica assistencial local com vistas a buscar equacionar as múltiplas interfaces presentes nesse cenário de intervenção sob a égide da responsabilidade universal preconizada pela Constituição brasileira.

**Quadro 2** – Quadro comparativo da mortalidade materna de Timon-MA no período de 2008 a 2018.

PAINEL DE MONITORAMENTO DA MORTALIDADE MATERNA DE TIMON-MA											
GRUPO ETÁRIO 10 A 49 ANOS											
INDICADOR	ANO DE REFERÊNCIA										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
MIF	54	46	66	51	67	53	67	59	64	50	52
Maternos declarados	3	2	4	1	0	5	2	2	3	1	2
Com causas obstétricas diretas	2	0	1	1	0	3	1	1	2	1	2
Com causas obstétricas indiretas	1	2	3	0	0	2	1	1	1	0	0
Com causas obstétricas não identificadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Fonte:** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Dezembro de 2018

Analisamos no **Quadro 2** a configuração da mortalidade materna no município, para tanto, nos valemos das informações de Saúde do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do período de 2008 a 2018 com a intenção de considerar a variação da mortalidade materna no decorrer da série histórica.

Quanto ao indicador de mortalidade materna em mulheres em idade fértil, percebeu-se maior número de óbitos nos anos de 2012 e 2014, com destaque para maior proporção de

óbitos maternos declarados no ano de 2013. O comportamento do indicador em nível estadual e nacional foi semelhante ao observado em Timon (SVS, 2019b).

Acrescenta-se que a análise do **Quadro 3**, relativo à mortalidade prematura, em idade de 30 a 69 anos, por doenças crônicas não transmissíveis no município de Timon nos revela que a partir dos indicadores de causa mortes, a saber: neoplasias malignas, diabetes mellitus, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório, a que teve maior impacto na séria histórica no período de 10 anos, nos anos de 2008 a 2018, foram às doenças do aparelho circulatório, correspondendo a 1.308 pessoas. Uma análise atenta da base de dados referente ao comparativo de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de Timon, MA, nas idades entre 30 a 69 anos, revela que a mortalidade prematura decorrente de doenças do aparelho circulatório corresponde a 56,6%, seguida das neoplasias malignas, com 26%, e da mortalidade por diabetes mellitus e doenças do aparelho respiratório, correspondendo, respectivamente, a 12,7% e 4,6%,

**Quadro 3** – Quadro comparativo de mortalidade prematura, de 30 a 69 anos, por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de Timon, MA, no período de 2008 a 2018.

PAINEL DE MONITORAMENTO DA MORTALIDADE PREMATURA (30 a 69 anos) POR DCNT DE TIMON-MA												
INDICADOR	ANO DE REFERÊNCIA											Total
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
(C00-C97) Neoplasias [tumores] malignas(os)	42	56	52	45	48	66	53	59	55	56	69	601
(E10-E14) Diabetes mellitus	26	17	31	29	41	23	31	34	21	22	20	295
(I00-I99) Doenças do aparelho circulatório	116	99	113	104	111	110	130	122	157	147	99	1.308
(J30-J98) Doenças do aparelho respiratório	13	8	3	5	4	13	16	11	6	16	11	106
<b>Óbitos totais</b>	<b>197</b>	<b>180</b>	<b>199</b>	<b>183</b>	<b>204</b>	<b>212</b>	<b>230</b>	<b>226</b>	<b>239</b>	<b>241</b>	<b>199</b>	<b>2.310</b>

**Fonte:** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Dez.2018

Com relação à mortalidade por neoplasias malignas os anos de 2013 e 2018 registraram o maior número de casos. No que tange à mortalidade por diabetes mellitus, em 2012 identificou-se 41 casos. Por sua vez, quanto ao indicador de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, percebeu-se maior número de casos nos anos de 2016 e 2017, enquanto que as doenças do aparelho respiratório registraram-se o maior e igual número de óbitos nos anos de 2014 e 2017.

Se considerarmos os achados de Spedo *et al.* (2010) de que uma deficiente articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde tem origem na falta de protocolos oficiais que orientem os encaminhamentos de pacientes das unidades básicas de saúde para acesso aos estabelecimentos que ofereçam procedimentos de Média Complexidade, teremos que ponderar que diante do quadro sanitário destes dez anos que acabamos de analisar observa-se que, somente instituir “protocolos oficiais que orientem os encaminhamentos” será um pressuposto necessário, contudo, não suficiente para intervir num cenário marcado pela multiplicidade de fatores em consonância com o quadros de mortalidade do município.

Nesse sentido, a deficiente articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde tem origem na falta de protocolos oficiais que orientem os encaminhamentos de pacientes das unidades básicas de saúde para estabelecimentos que ofereçam procedimentos de média complexidade, como evidenciado em estudo realizado no município de São Paulo (SP) (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010), contudo essa dinâmica assistencial requisita também ter no horizonte de análise outro obstáculo ao acesso adequado da população aos serviços de média complexidade, que consiste no tratamento da saúde desse nível de complexidade ser analisado como mercadoria, sob a égide de instituições ou de profissionais que oferecem os procedimentos mais lucrativos, característicos da alta complexidade, em detrimento da média complexidade. Tendo em vista o caráter estratégico do nível secundário de atenção à saúde, é necessário redirecionar o modelo de gestão no sentido de fortalecer os serviços de Média Complexidade de forma a assegurar a integralidade do SUS.

Diante do exposto, destaca-se a importância da territorialização dos serviços de saúde, que se fundamenta na lógica da relação entre população território, sendo utilizado o conceito de território na perspectiva analítica de Santos (2006) e Koga (2013). O primeiro define que o território é o “chão a mais da identidade” e o considera como território vivido. Assim, a concepção de território está para além do espaço físico e cartográfico, ele se constitui no

espaço em que a população produz e reproduz suas ações e suas vidas, a esse conceito há que se associar e correlacionar o das características socio-territoriais e do perfil de morbimortalidade das regiões que atendem.

Paim (1993) afirma que a alternativa encontrada para transformar o SUS em um sistema acessível foi a implementação da descentralização dos serviços de saúde para os municípios. Nesse sentido, o território ganha lugar de destaque. Ao analisar o histórico do desenvolvimento da saúde pública em Timon, identifica-se alguns aspectos significativos no período anterior aos anos de 1950 até 1980, pois os estudos de Santos (2007) apontam que até o início dos anos 50 sua pesquisa não tinha indicado a existência de hospitais públicos no município e a saúde era ofertada por meio do atendimento médico semanal, realizado em prédios públicos da prefeitura.

**Quadro 4** – Quadro de evolução dos serviços de saúde no município de Timon-MA. 1966-2019

QUADRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE TIMON-MA SÉRIE HISTÓRICA 1966 – 2019		
GESTÃO/ANO	SERVIÇOS DE SAÚDE	NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE
Napoleão Guimarães (1966)	Chafarizes e lavanderias nos bairros Parque Piauí e Formosa	AB
	Serviço de abastecimento d'água com a criação da autarquia municipal Serviço Autônomo de Águas e Esgotos (SAAE)	AB
	Reaparelhamento e ativação do posto médico central	AB
Luiz de Sousa Pires (1977)	Abertura de estradas que deram acesso à zona rural do município, a qual beneficiou com a construção de mini postos médicos, nos povoados Vertente, e Buriti Cortado	AB
Francisco Rodrigues de Sousa, o “Chico Leitoa” (1993 a 1996)	Implantou o ensino para portadores de necessidades especiais (Unidade Escolar Maria do Carmo Neiva)	MC
	Implantação do atendimento médico e odontológico nas áreas urbana e rural, campanhas de vacinação e de combate à dengue	AB
	Foi conquistada a municipalização da gestão das ações	AB/MC
	O Centro de Zoonoses e a Usina de Reciclagem de Lixo estão entre suas obras de realce pelo que significam para a qualidade de vida dos timonenses	AB
	No setor de saneamento básico e melhoria do meio ambiente, foram regularizados mais de 1.000 lotes urbanos, construção de fossas com banheiros e cerca de 2.000 casas foram construídas, além de receberem cobertura de telha	AB
	A água encanada chegou a 24 mil residências. Foram construídos 3.300 metros de galerias e inúmeras passagens para interligação de ruas e avenidas no centro e nos bairros da cidade, que receberam também mais de 6.000 m <sup>2</sup> de calçamento	AB
Sebastião de Deus Rodrigues Ferreira (1997 a 2000)	O município passou a efetuar a <b>Gestão Plena das Ações</b> : - Executando nos postos, hospitais e clínicas da rede própria como também da rede conveniada: - Atendimento ambulatorial, clínico e cirúrgico à população	AB/ MC

QUADRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE TIMON-MA SÉRIE HISTÓRICA 1966 – 2019 (Continuação)		
GESTÃO/ANO	SERVIÇOS DE SAÚDE	NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE
Sebastião de Deus Rodrigues Ferreira (1997 a 2000)	Ampliados os programas de Ações Básicas, Acompanhamento Nutricional de menores de 05 anos, Controle de Doenças Crônico-Degenerativas, Saúde Mental.	AB/ MC
	Assistência Integral à Saúde da Mulher, Doação de Medicamentos, Saúde Bucal, Controle da Raiva, Serviço de Atendimento Intinerante nas Zonas Urbana e Rural e Serviço de Vigilância Sanitária.	AB/ MC
	O município executou sistematicamente a vacinação de crianças e idosos, principalmente, além da execução de campanhas de interesse	AB
Francisco Rodrigues de Sousa, o “Chico Leitoa” 2º mandato (2001 a 2004)	Priorizou a <b>Saúde e Educação</b> , desenvolvendo, entretanto, muitas e importantes obras no âmbito das demais políticas públicas.	AB
	Ampliação do Programa de Saúde da Família, aumentando de 03 para 46 equipes de atendimento	AB
	Implantação das Unidades de Saúde	AB
	Pronto Socorro Municipal	MC
	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): Atendimento a adultos no bairro São Benedito e atendimento Infanto-juvenil na Praça São José, humanizando o tratamento aos portadores de transtornos mentais	MC
	Centro de Especialidades Odontológicas	MC
	Foram desenvolvidos muitos programas e serviços de saúde para a população, como: Combate ao Câncer do colo do útero, Saúde da Mulher; - - Multivacinações, Serviços Especializados em DST/AIDS, Centro de Testagem e Aconselhamento, Mutirão da Catarata, Controle de doenças crônico-degenerativas e Assistência Farmacêutica	AB/MC
	A Rede Hospitalar de Saúde era composta por 05 hospitais com 332 leitos	MAC
Luciano Ferreira de Sousa, o “Luciano Leitoa” (2013 até a presente data) / Atual Gestão	Reabertura do Hospital do Parque Alvorada para atendimento em sua plenitude	MAC
	A Policlínica restabeleceu os atendimentos especializados- tem 22 especialidades médicas e realiza exames de ponta, como tomografia computadorizada	MC
	O Centro de Atenção Integrado de Saúde da Mulher (CAISM) foi reaberto e teve o aparelho de mamógrafo reativado	MC
	Implantação do Programa de Ostomizados com entrega de bolsas coletoras para pacientes ostomizados que antes precisavam se deslocar para São Luís	MC
	Aquisição de veículos para o Centro de Controle de Zoonoses – 02 carros e 01 carrocinha, e 01 automóvel para Vigilância Sanitária	VS
	Campanha de intensificação contra a dengue e realização de mutirões de limpeza e nebulização nos bairros	AB
	Entrega de cadeira de rodas pelo Programa Viver sem Limites, em parceria com APAE	MC
	O CIAEE Maria do Carmo Neiva passou a receber os pacientes do município de Timon que eram atendidos no Centro Integrado de Educação Especial (CIES) e Centro Integrado de Reabilitação (CEIR), em Teresina; E foi habilitado para Centro de Saúde Maria do Carmo Neiva (CER)	MC
	Aquisição de 01 van para o CER Maria do Carmo Neiva	MC
	Termo de compromisso com Teresina: em parceria do governo do estado do Maranhão com o município de Teresina, o município de Timon encaminha pacientes oncológicos e de Alta Complexidade para Teresina	AC
	Realização de Concurso Público para profissionais de saúde nos níveis fundamental, médio e superior	AB/MAC
	Assento na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na Comissão Intergestora Regional (CIR) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão (COSEMS/MA)	AB/MAC

QUADRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE TIMON-MA SÉRIE HISTÓRICA 1966 – 2019 (continuação)		
GESTÃO/ANO	SERVIÇOS DE SAÚDE	NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE
Luciano Ferreira de Sousa, o “Luciano Leitoa” (2013 até a presente data) / Atual Gestão	Parceria nos atendimentos com equipe de saúde nas instituições Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC), Centro de Atendimento Socioeducativo do Cocais, Centros de Ressocialização Jorge Vieira e Maracujá	MC
	Construção de 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS)	AB
	Abertura de 02 Academias de Saúde	AB
	Aquisição de 10 veículos- 03 ambulâncias; 02 Amaroks e 05 Gols, por meio de emenda parlamentar	AB/MC
	Reforma do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e aquisição de 06 ambulâncias	MC
	Habilitação de 05 novas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	AB
	Habilitação de 61 agentes comunitários de saúde (ACS)	AB
	Inauguração do Centro de Atendimento Especializado Materno-Infantil (CAEMI)	MC
	Planificação da Atenção à Saúde, com 06 Unidades Básicas de Saúde (UBS) planificadas	AB
	Construção do novo prédio do CAISM	MC
	Reforma do novo prédio do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	MC

**Fonte:** Elaboração própria com base em SOUSA, R. de C. TIMON: sua história, sua gente. Timon-MA: 2005; TIMON. Relatórios Anuais de Gestão 2013-2018 da Secretaria Municipal de Saúde.

**LEGENDA:** AB - Atenção Básica; MC - Média Complexidade; AC - Alta Complexidade; MAC - Média e Alta Complexidade; VS- Vigilância em Saúde.

Nesse período “quando o timonense necessitava de tratamento médico especializado dirigia-se para Teresina” (*op. cit.*, p. 53). Na década de 1950, houve outro marco na saúde pública, uma vez que o atendimento médico ampliou a capacidade assistencial em decorrência da criação do Posto de Saúde no centro do município, conhecido como “Hospital do Dr. Jurandir” (LULA, 1991, p. 22). Na década de 1980 a automedicação era a principal forma de tratamento de saúde em Timon, por sua vez, os cuidados médicos especializados eram realizados na cidade de Teresina (SANTOS, 2007, p. 54).

O **Quadro 4** foi produzido com o objetivo de permitir explicitar a relação histórica existente entre a implantação e a oferta de serviços de saúde no município de Timon - MA no período entre os anos de 1966 a 2019, tendo sido arrolado também o nível de complexidade e o tipo de Serviço que passou a ser ofertado de forma a contribuir para a compreensão do processo histórico de consolidação da Rede de Atenção à Saúde no território do Município.

Conforme revela o **Quadro 4** a respeito da evolução dos Serviços de Saúde no município de Timon, percebe-se que o reaparelhamento e a ativação do posto médico central

inicia-se no ano de 1966, na gestão de Napoleão Guimarães, e dando continuidade, na gestão do prefeito Luís Pires, em 1977, quando se dá a ampliação dos serviços com a construção de mini postos médicos na zona rural, atendendo a população dos povoados Vertente e Buriti Cortado.

Dentre as ações de saúde no governo de “Chico Leitoa” destacam-se a implantação do atendimento médico e odontológico nas áreas urbana e rural, com campanhas de vacinação e de combate à dengue; o abastecimento de água no município, por meio de água encanada que atendeu 24 mil residências, tendo sido construídos 3.300 metros de galerias e inúmeras passagens para interligação de ruas e avenidas no centro e nos bairros da cidade. Além de terem realizado mais de 6.000 m<sup>2</sup> de calçamento e tendo implantado o ensino para portadores de necessidades especiais na Unidade Escolar Maria do Carmo Neiva.

Na Gestão do prefeito Sebastião de Deus o município passou para a Gestão Plena das Ações, com o desenvolvimento de Atendimento ambulatorial, clínico e cirúrgico à população, nos postos, hospitais e clínicas da rede própria como também da rede conveniada. Enfatiza-se que na segunda Gestão do prefeito “Chico Leitoa” houve um investimento significativo na Atenção Básica à Saúde, por meio da ampliação do Programa de Saúde da Família, aumentando de 03 para 46 equipes de atendimento. No âmbito da atenção secundária, destaca-se a implantação do Pronto Socorro Municipal; a criação dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para público Adulto e Infanto-juvenil, destinados às pessoas e crianças com transtornos mentais, bem como a implantação do Centro de Especialidades Odontológicas.

Uma análise atenta do **Quadro 4** sobre as ações de Média Complexidade é possível perceber que no município de Timon, desde a gestão do prefeito Sebastião de Deus (1997 a 2000), se dá seguimento aos serviços como o de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Saúde Mental, o atendimento ambulatorial, dentre outros supracitados, seguido da segunda gestão do prefeito Francisco Rodrigues de Sousa (2001 a 2004), com a criação dos CAPS, do Pronto Socorro Municipal, do Centro de Especialidades Odontológicas e da Rede Hospitalar.

Cumprir destacar que no período de realização da pesquisa documental não foram encontrados registros referentes às ações de saúde dos anos de 2005 a 2012, uma vez que no espaço físico da Secretaria Municipal de Saúde não foram identificados a existência destes documentos, o que demonstra fragilidade durante a mudança de gestão. Assim, os registros das ações e serviços de saúde que devem ser continuados, muitas vezes, não são arquivados



sendo necessário um esforço da nova gestão para produzir os novos dados da Política de Saúde no município. Ressalta-se que no período supracitado o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS) ainda não havia sido implantado.

Desde 2013, tem havido a ampliação da oferta de serviços, tais como a reabertura do HPA, CAISM e o atendimento de 22 especialidades médicas na Unidade de Saúde Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira, Policlínica, a implantação do Programa de Ostomizados. O CIAEE Maria do Carmo Neiva, teve a habilitação para Centro Especializado em Reabilitação tendo incluído a aquisição de uma Van para transporte dos cadeirantes.

Nesse período destaca-se o Termo de Compromisso do Município de Timon com o município de Teresina, por intermédio da parceria entre o Governo do Estado do Maranhão visando a regulação da saúde para o atendimento de população usuária do SUS de Timon que necessita de tratamento oncológico e de Alta Complexidade no município de Teresina. A inauguração do CAEMI consistiu também numa iniciativa recente que visa o atendimento de gestantes com gravidez de alto risco, envolvendo os três níveis de atenção à saúde e a vigilância em saúde.

Assim, observa-se que com a municipalização da gestão de saúde houve uma ampliação da oferta de serviços de média complexidade, corroborando com o pensamento de Monken (2003) de que a conhecida “territorialização da saúde” demonstra-se como uma tecnologia de planejamento precisa ser bem utilizada para que os serviços de saúde sejam dispostos em territórios nas diversas escalas. Contudo, o estudo de Faria (2013) reforça que a diferença entre serviços destinados a especialidades, que não tem um território bem definido tende a criar obstáculos, pois o autor considera que para a atenção primária deve haver clareza dessa definição de território.

Outro aspecto importante a ser considerado na história da saúde no município são os espaços de controle social da política de saúde do Município, destacamos aqui os conselhos e a Conferências Municipais de Saúde, além de se registrar a existência dos demais Conselhos de Direito e Conselhos Gestores das políticas públicas. Torna-se importante destacar a presença das assistentes sociais no Conselho Municipal de Saúde de Timon. No município o Conselho Municipal de Saúde, Gestão 2018/2020, conta com a presença de três assistentes sociais, sendo duas representantes do poder público, uma delas a pesquisadora, representando a Secretaria Municipal de Saúde (SEMS); uma do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-

Juvenil (CAPS Infantil) e a terceira é representante da sociedade civil, da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Além destes conselhos, o município de Timon tem a presença de assistentes sociais nos seguintes Conselhos Gestores das Políticas Públicas: Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS)- três assistentes sociais, do segmento poder público; Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, uma assistente social do poder público, que trabalha na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SEMDES) e no Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), duas assistentes sociais do poder público, sendo uma delas a Presidente do Conselho e também a pesquisadora, representando o poder público (SEMS), além de outra assistente social da SEMDES, representando também o poder público, bem como uma representante da sociedade civil, do Movimento das Pessoas com Hanseníase (MORHAN), que tem formação em Serviço Social.

Nesse capítulo faremos uma breve análise da distribuição dos bairros na cidade para refletir sobre a relação entre equipamentos de Média Complexidade da Saúde e os bairros da cidade. A Lei Municipal nº 1.940, de 05 de dezembro de 2014, estabelece a delimitação dos bairros de Timon, considerando o novo perímetro urbano, que foi delimitado pela Lei municipal N.º 2026, de 24 de maio de 2016, com base nos pontos cardeais. Dessa forma, o município de Timon está delimitado em quatro zonas, a saber: Norte, Sul, Leste e Oeste.

O Plano Municipal de Saúde de Timon do quadriênio de 2018-2021, foi elaborado para planejar as ações da política de saúde no âmbito do município, trata no eixo de planejamento especificamente do território de saúde.

**Quadro 5** – Quadro da configuração da Regionalização da Saúde por perímetro Urbano e Rural em Timon em conformidade com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Distritos Sanitários da Saúde de Timon	
Perímetro Urbano	Perímetro Rural
I. Mutirão; II. Parque Alvorada; III. Parque Piauí; IV. Centro; V. Parque São Francisco; VI. Bela Vista.	VII. Tamanduá; VIII. Castelo; IX. Buriti Cortado.

**Fonte:** Elaboração própria com base no Plano Municipal de Saúde de Timon 2018-2021.

A regionalização da saúde das áreas urbana e rural estão delineadas em distritos sanitários, para facilitar a compreensão essa configuração foi disposta no **Quadro 5**. Observa-se que existem seis distritos sanitários na zona urbana, compreendendo os de número I a VI e três na zona rural do município, composta pelos distritos de número VII a IX.

A oferta de Serviços da Média Complexidade no município de Timon é realizada por sete instituições de saúde, sendo que os serviços de Saúde de Média Complexidade estão distribuídos nos bairros da cidade em diferentes Distritos Sanitários conforme **Tabela 3**. Considerando a importância de empreender uma triangulação das fontes elaborou-se um quadro correlacionando a população residente por bairros, distribuídas por zonas e regionais do distrito sanitário do município de Timon (MA) os resultados dessa correlação foram dispostos na **Tabela 4** e na **Figura 3**.

**Tabela 3** – Serviços de Saúde de Média Complexidade, bairro, distrito sanitário e população atendida, em Timon, MA.

SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE	BAIRRO	DISTRITO SANITÁRIO	POPULAÇÃO ATENDIDA
<b>Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (CAISM)</b>	Parque Piauí	Parque Piauí	Saúde da mulher
<b>Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)</b>	Parque Piauí		Especialidades para público geral
<b>Unidade de Saúde “Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira” (POLICLÍNICA)</b>	Parque Piauí		Especialidades para público geral
<b>Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)</b>	Centro	Centro	Pessoas vivendo com HIV
<b>Centro Integrado de Atendimento Educacional Especializado Maria do Carmo Viana Neiva (CIAEE)</b>	Santo Antônio		Crianças e adolescentes com deficiência
<b>Centro de Saúde Dr. Francisco Vitorino de Assunção</b>	Boa Vista	Parque São Francisco	Especialidades para crianças e público geral
<b>Unidade Mista Dr. José Firmino de Sousa/ Hospital Municipal do Parque Alvorada (HPA)</b>	Parque Alvorada	Parque Alvorada	Especialidades para público geral
<b>Centro de Atenção Especializada Materno Infantil (CAEMI)</b>	Parque Alvorada		Especialidades para gestantes e crianças

**Fonte:** Elaboração própria com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2018; Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

**Tabela 4** – Distribuição dos Bairros em novo perímetro urbano de Timon, População Residente em Timon, MA.

POPULAÇÃO RESIDENTE POR BAIROS, DISTRIBUÍDAS POR ZONAS E REGIONAIS DO DISTRITO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE TIMON (MA)				
BAIROS	ZONA <sup>5</sup>	REGIONAL DO DISTRITO SANITÁRIO	POPULAÇÃO	INSTITUIÇÕES DE MÉDIA COMPLEXIDADE
Flores	Norte	Regional I 22.448 habitantes 17,55%	6.923	
Vila Angélica	Norte		4.069	
Mutirão	Norte		3.419	
Vila Bandeirante	Sul/ Oeste		4.479	
Pedro Patrício	Leste		3.558	
Boa Esperança	Norte	Regional II 29.413 habitantes 22,99%	763	HPA
Parque Alvorada	Sul		11.174	
Cidade Nova	Sul		10.954	
Jóia	Sul		2.048	
Cajueiro	Sul		576	
Sete Estrelas*	-		2.231	
Glória*	-	1.667		
Parque Piauí	Norte	Regional III 21.293 habitantes 16,65	21.293	CAISM CEO POLICLÍNICA
São Benedito	Norte	Regional IV 30.720 habitantes 24,02%	9.979	CTA CIAEE
Centro	Norte		4.600	
Bela Vista	Norte/ Oeste		2.131	
São Marcos	Leste		3.826	
Formosa	Sul/ Leste		1.929	
Planalto Formosa	Sul/ Leste		1.849	
Mangueira	Sul		2.608	
Parque Aliança	Sul		2.248	
Mateuzinho	Sul		1.550	
São Francisco II	Norte	Regional V 24.036 habitantes 18,79%	14.823	Centro de Saúde Dr. Francisco Vitorino de Assunção
Boa Vista	Norte		4.721	
Planalto Boa Esperança	Norte		324	
Mangal*			257	
Marimar	Norte/ Oeste		1.091	
Parque São Francisco	Norte/ Leste	2.820		
Subtotal da população dos bairros			127.910	
Total da população do Município			155.460	

**Fonte:** Elaboração própria, com base no IBGE, 2010; Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

<sup>5</sup>A delimitação da localização dos bairros do perímetro urbano de Timon segundo os pontos cardeais foi realizada tomando por base a Lei Municipal 1940 de 05 de dezembro de 2014 que denomina e delimita os bairros de Timon tendo em vista o novo perímetro urbano estabelecido com base na Lei Municipal 2026 de 24 de maio de 2016.

Conforme apresentado nas **Tabelas 3 e 4**, os Serviços de Saúde de Média Complexidade foram correlacionados com a população residente nos respectivos bairros de Timon, em consonância com as zonas e regionais do distrito sanitário onde os bairros se situam.

Chioro e Solla (2012, p. 1), conforme já assinalado, enfatizam que a relação entre usuários e serviços de saúde, na Média Complexidade tem a peculiaridade dos usuários “irem em busca dos serviços nos locais especializados”, enquanto que na Rede Básica são “os serviços [que] ‘vão’ até os usuários”.

Ao analisar os dados da **Tabela 3 e a Tabela 4** se apreende que a implantação destes serviços, em consonância com a concepção que instituiu o nível da Média Complexidade no país, segue uma tendência à centralização no espaço territorial do município, assim sendo os serviços tendem a se concentrar na região do Centro e no seu entorno, em bairros como, Parque Piauí, Parque Alvorada, São Benedito, Boa Vista e Santo Antônio.

Essa forma de estruturação deixa verdadeiros vazios assistenciais na oferta de serviços em nível da Média Complexidade em bairros bastante populosos como Cidade Nova, Vila Bandeirantes e Flores. O efeito dessa concentração territorial revela a necessidade de ampliar o número de serviços especializados para atender à crescente população timonense residente nos bairros mais periféricos da cidade.

Como assinala Tesser e Poli Neto (2017) “o cuidado especializado é necessário para dar efetividade às ações da APS, uma vez que prover a população que dela necessita de assistência especializada é indispensável para dar efetividade à atenção à saúde no SUS. Sem essa garantia ficará comprometida a “integralidade desejada” (*ibid.*, p. 942). Sobretudo num país marcado por múltiplas formas de vulnerabilidade social, a distribuição dos serviços nos espaços mais centrais do município requer que a população que necessita destes serviços tenha condições econômicas para arcar com o ônus das idas a estes serviços. Conforme já assinalado no documento (Brasil, 2004) a estruturação “insuficiente” e heterogênea da rede de cuidados especializados, faz como que a atenção Secundária se torne um gargalo na construção do Sistema Único de Saúde que consiste num dos grandes problemas do SUS.

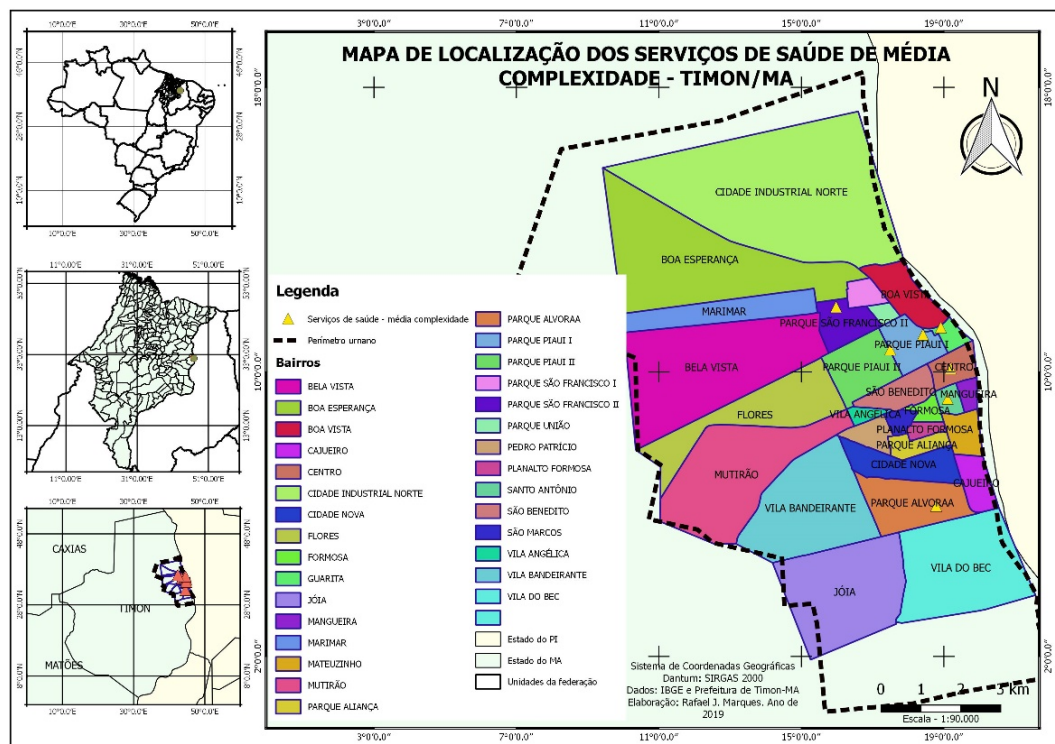
A despeito da relevância incontestável dos Serviços de Saúde de Média Complexidade, para a garantia de uma maior qualidade de vida da população, se observa que esse nível de atenção é negligenciado também em países com altos índices de

desenvolvimento humano (IDH) – como a Nova Zelândia e a Áustria – que apresentam altas taxas de cuidados de saúde secundários não atendidos.

Pesquisas independentes realizadas nesses países evidenciaram como principais causas das dificuldades de acesso da população aos serviços de média complexidade: a falta de um processo adequado de regulação dos pacientes, bem como o desconhecimento das características e necessidades de saúde das comunidades existentes em cada região (PICHLÖFER, 2014; BAGSHAW; BAGSHAW; FRAMPTON, 2017).

Na discussão empreendida por Tesser e Poli Neto (2017) sobre os “gargalos” da média complexidade os autores assinalam o município como responsável pela rede ambulatorial especializada, por meio de recursos repassados pelo Ministério da Saúde, porém, esta rede ainda é considerada um “gargalo” dentro do sistema. Isto decorre por várias razões: o gargalo entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, sobre a qual Tesser; Poli Neto (2017) afirmam que “uma organização da atenção especializada no SUS seria muito competitiva e mesmo avassaladora para o mercado da saúde”, referem-se ainda a complexa e contraditória relação entre a questão do financiamento público e a mercantilização da saúde.

**Figura 4** – Território de Timon e a distribuição dos Serviços de Saúde de Média Complexidade



**Fonte:** Elaboração própria com base no IBGE e Prefeitura Municipal de Timon-MA, 2019.

Os autores atribuem a esse conjunto de fatores supracitados os “gargalos” da Média Complexidade no SUS, porque na atenção especializada ambulatorial o usuário dos serviços de saúde tem acesso, mas enfrentam grandes filas nesse processo.

Na Atenção Básica e na Alta Complexidade existe o financiamento pelo piso da Atenção Básica – PAB fixo e o de Alta Complexidade, respectivamente, inclusive a complementação pelos serviços privados de saúde, em decorrência das normativas de financiamento do SUS. Assim sendo, os serviços de Média Complexidade ficam no nível intermediário de financiamento.

Analisar essa configuração geral do lugar que a Média Complexidade tem ocupado no âmbito do SUS, contribui para apreender as tensões que estão presentes na esfera da produção do cuidado em saúde pelas equipes de profissionais que se situam nessa esfera da atenção à Saúde. Contudo, a despeito do caráter abrangente da questão, nosso recorte de objeto incide particularmente sobre o trabalho do assistente social dada a especificidade que marca a relação de intersecção entre as políticas que compõem o mosaico da demanda que chega a esse profissional, que atende a população usuária que busca o acesso aos serviços da Média Complexidade decorrente das necessidades de saúde (MERHY, 2004) na sua íntima relação com as necessidades humanas básicas (PEREIRA, 2011).

Diante do exposto, o focar no estudo sobre o trabalho do assistente social remete a discutir a oferta de Serviços da Média Complexidade no município realizada por cinco instituições de saúde, as quais estão dispostas na **Tabela 5**. Destaque-se que nela estão dispostos somente os Serviços de Saúde de Média Complexidade onde atuam os assistentes sociais em Timon-MA e que, para facilitar a compreensão do leitor, foram distribuídos no mapa da cidade.

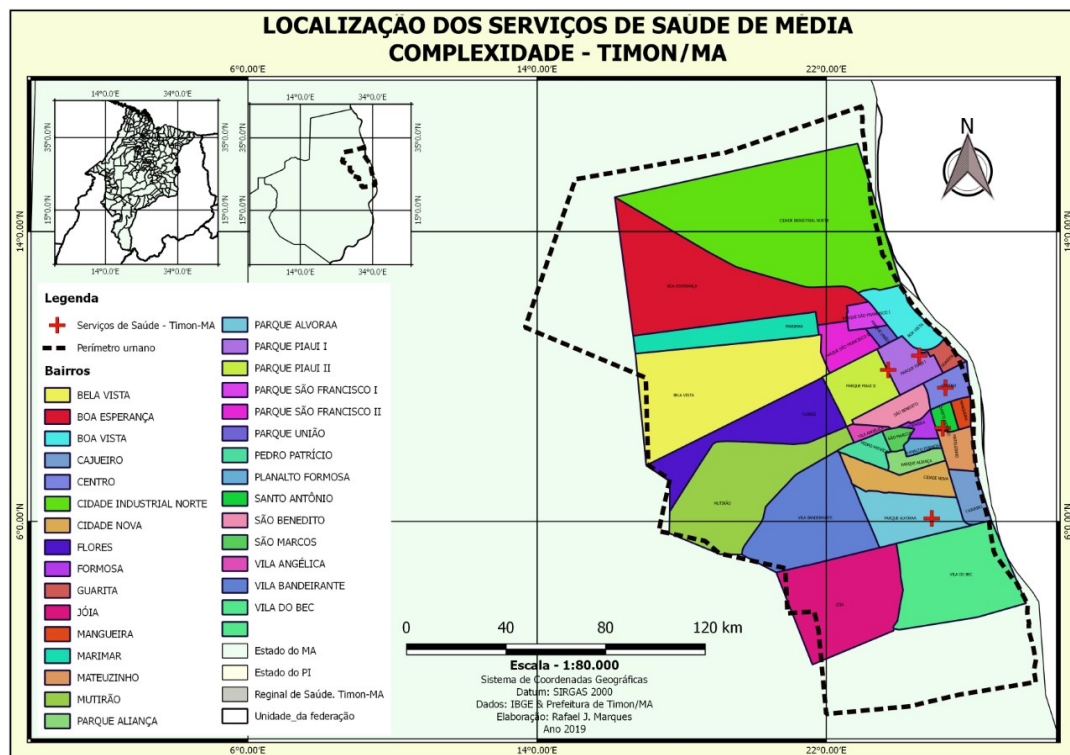
**Tabela 5** – Serviços de saúde de Média Complexidade de Timon, MA

POPULAÇÃO ATENDIDA	NÚMERO DE SERVIÇOS	BAIRROS (INSTITUIÇÕES)
Crianças e adolescentes com deficiência	01	Santo Antônio (01)
Pessoas vivendo com HIV	01	Centro (01)
Especialidades para público geral	02	Parque Alvorada (01) Parque Piauí (01)
Saúde da Mulher	01	Parque Piauí (01)

**Fonte:** Elaboração própria com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2018.

A relação entre território e a disposição dos serviços de saúde de Média Complexidade de Timon constitui um aspecto importante para compreender a configuração espacial que marca a produção do cuidado nesse nível de atenção. Cumpre destacar que todos os serviços arrolados são unidades de saúde pública que contam com o trabalho de assistente social nos seus quadros profissionais, e por isso, decorre daí, que dentre esses profissionais, se constituiu o campo empírico da pesquisa, ou seja, as profissionais que foram convidadas e que aceitaram fazer parte dos dois grupos focais e da discussão em grupo de nos quais foram amplamente discutidos o trabalho do assistente social na Média Complexidade, cujas análises serão apresentadas no decorrer do Capítulo 2 e no Capítulo 3.

**Figura 5** – Localização dos Serviços de Saúde de Média Complexidade em que atua o assistente social em Timon, MA.



**Fonte:** Elaboração própria com base em IBGE e Prefeitura Municipal de Timon-MA, 2019.

Contudo antes de adentrarmos no universo de análise das profissionais analisemos algumas ferramentas importantes e disponíveis no SUS, trata-se do Sistema de Informação Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), ferramenta do SUS, criada em 2010, com o objetivo de aferir de forma contextualizada o “desempenho do sistema de saúde



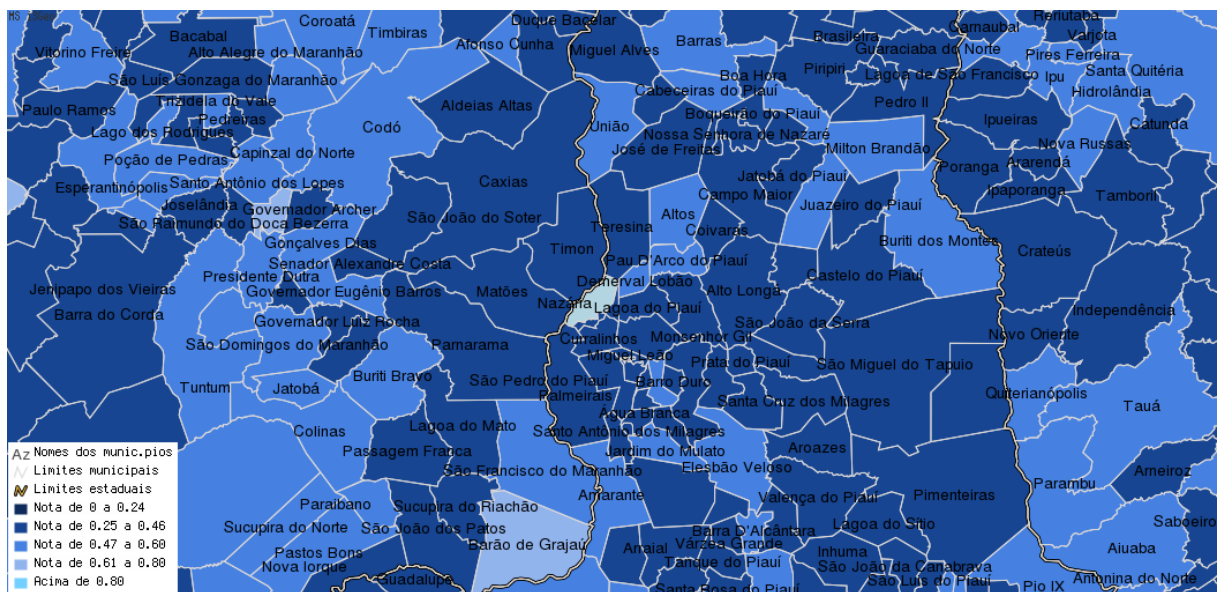
quanto ao acesso – potencial ou obtido – e a efetividade da Atenção Básica, Atensões Ambulatorial e Hospitalar; e Urgências e Emergência, em cada município, Estado, região, bem como na esfera nacional” (BRASIL, 2011, p. 6).

Vale destacar, que o IDSUS (2011) permite avaliar os seguintes fatores:

Do desempenho do SUS nos municípios, regionais de saúde, estados, regiões brasileiras e no Brasil, quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes; do acesso e efetividade nos diferentes níveis de atenção: básica, especializada ambulatorial e hospitalar e urgências e emergências; que detecte deficiências, visando melhorias e não para classificar expressos por meio dos indicadores simples e compostos; atrelada ao pacto de compromissos entre as esferas de gestão do SUS. (BRASIL, 2011, p. 7).

Importante assinalar que a base territorial do município de Timon é a municipal e tem estreita ligação com as bases territoriais regionais e estadual, bem como federal, pois o município compõe a região de saúde formada pelos municípios de Parnarama, São Francisco do Maranhão e Matões.

**Figura 6** – Mapa do Índice das Condições de Saúde da População de Timon, MA.



**Fonte:** Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), 2011.

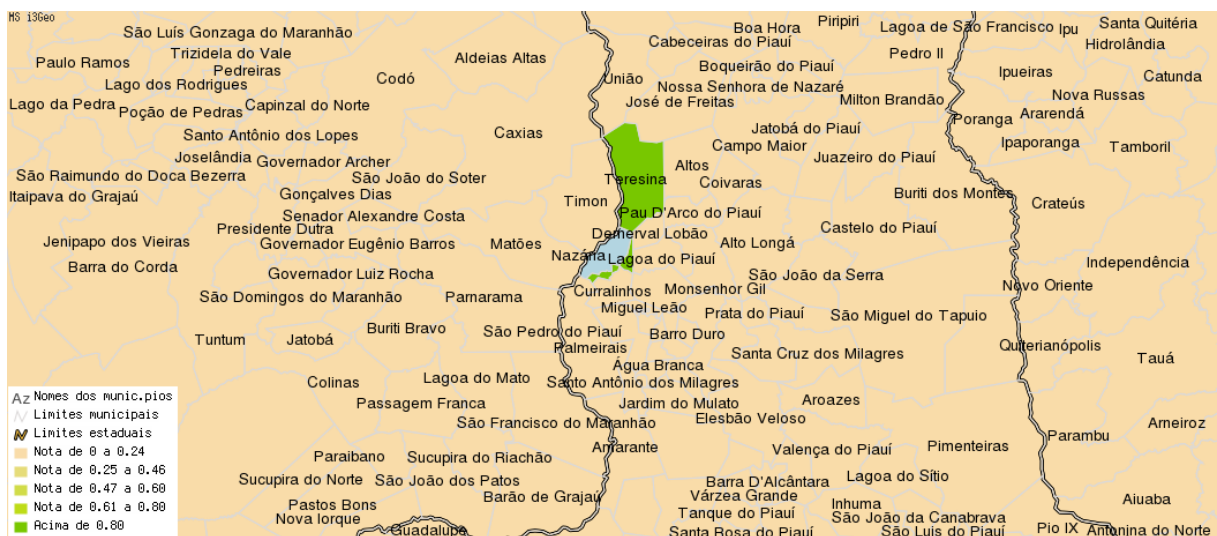
Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são um importante parâmetro para compreender como as condições ambientais e social de trabalho, alimentação, educação, habitação, renda, lazer, dentre outras, interferem diretamente nas condições de saúde da população. Nesse sentido, o IDSUS nos revela como indicador o índice de condições de saúde

da população de Timon e municípios adjacentes, aqui compreendido em nossa análise os correspondentes a Região de Saúde de Timon (Matões, Parnarama e São Francisco do Maranhão) e a capital piauiense, Teresina, que integra RIDE, conforme mencionado na Introdução e no início desse Capítulo.

Os índices de condições de saúde da população da Região de Saúde (**Figura 6**) apresentam o município de Timon com nota 0,46, e os de Matões e Parnarama, com notas 0,45 e 0,43, respectivamente. Vale destacar que o município de São Francisco do Maranhão, nesse mapeamento do IDSUS integra um outro grupo, e sua nota corresponde a 5. Por sua vez, em Teresina identifica-se o mesmo índice da cidade de Timon, com nota 0,46.

Na continuidade da análise da situação de saúde de Timon, arrolamos outro indicador importante apontado no IDSUS que consiste no mapeamento da estrutura física do SUS disponível em Timon e adjacências, conforme **Figura 7**:

**Figura 7** – Mapa do Índice da Estrutura Física do SUS em Timon, MA



**Fonte:** Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), 2011.

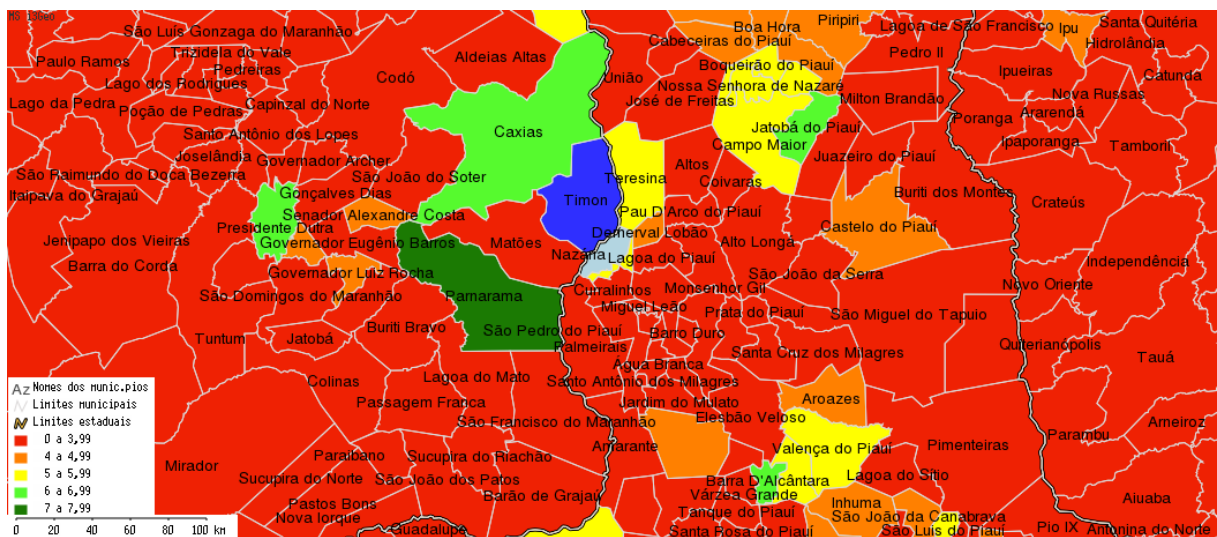
O Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM), na **Figura 7**, corresponde a “média dos indicadores usados nesse índice, encontrada nos municípios de referência, para os parâmetros de acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade” (BRASIL, 2011, p. 24). Esses indicadores do IESSM são classificados por grupos, divididos por estrutura MAC (Média e Alta Complexidade) sendo entendida como

estrutura de Atenção de Média e Alta Complexidade ou estrutura de Atenção Especializada, Ambulatorial e Hospitalar, Urgência e Emergência.

Pelos dados da **Figura 7**, se identifica que os municípios de Timon, Parnarama e Matões, estão no Grupo 4, uma vez que possuem pouca estrutura de Média e Alta Complexidade (MAC), com índices de 0,09; 0,02 e 0,01, respectivamente. Nesse aspecto, o município de São Francisco do Maranhão, tem índice 0, por isso ele se situa no Grupo 6, em virtude de não possuir estrutura de MAC.

Acrescenta-se que Teresina possui o índice 0,97, uma vez que apresenta muita estrutura no que tange aos serviços de Média e Alta Complexidade, conforme esta avaliação. Assim, esse índice, IESSM, revela que Timon, a despeito possuir pouca estrutura de Média e Alta Complexidade (MAC), ocupa o primeiro lugar no *ranking* de oferta e estrutura de serviços de MAC de sua região de saúde. Para finalizar, julgamos importante destacar o Mapa de Índice de Acesso da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar de Timon, MA, conforme **Figura 8**.

**Figura 8** – Mapa do Índice de Acesso da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar de Timon, MA



**Fonte:** Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), 2011.

Ao analisar os dados do Mapa de Índice de Acesso da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar da Região de Saúde de Timon, o IDSUS (2011) se constata que o município de Timon apresenta o maior índice de acesso, correspondendo a nota 8, seguido de Parnarama,

Matões e São Francisco do Maranhão, com notas 7,55; 2,81 e 2,46, respectivamente. Outro município importante a ser analisado nesse processo de acesso a MC é a capital doo Estado do Piauí, Teresina, a qual apresenta índice de 5,89.

Nessa perspectiva, cumpre destacar que o acesso da população usuária residente no município de Timon, à Média Complexidade, em função do perfil demográfico e do perfil de morbimortalidade requer tanto a continuidade, quanto a ampliação da oferta destes serviços no âmbito do município de Timon. Uma análise atenta aos dados do IDSUS nos permite apreender que o município de Timon ocupa posição estratégica no âmbito da oferta dos serviços especializados na sua região de saúde.

## CAPÍTULO 2

### OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM TIMON (MA):

reflexões sobre o trabalho do assistente social

---

#### 2. Breve introdução à questão do trabalho e do Serviço Social na Saúde

De acordo com Iamamoto (2008) urge entender o Serviço Social hoje como um tipo de trabalho na sociedade, essa compreensão supõe: “aprender a chamada ‘prática profissional’ profundamente condicionada pelas relações entre o Estado e a Sociedade Civil, ou seja, pelas relações entre as classes na sociedade, rompendo com a endogenia no Serviço Social” (*ibid.*, 2008, p. 22-23).

Nessa perspectiva, a compreensão é de que o trabalho do assistente social se configura como trabalho, desse modo, não se parte do entendimento de prática profissional, mas de exercício profissional, o qual interfere na sociedade, na natureza e sofre a interferência da mesma. Nota-se que o entendimento do conceito de trabalho parte da teoria marxiana, a qual compreende o trabalho como parte de um processo do qual “participam igualmente o homem e a natureza, e no qual o homem espontaneamente inicia, regula e controla as relações materiais entre si próprio e a natureza (MARX, 2006, p. 197). Nesse sentido, é importante esclarecer, que em qualquer espaço socio-ocupacional que esteja inserido, a força de trabalho do assistente social, mesmo sendo especializada se desenvolve sendo influenciada pelas circunstâncias históricas e sociais que a determinam, ademais esse trabalho está inserido num coletivo de trabalhadores (IAMAMOTO, 2008, 2009).

Segundo Iamamoto (2008), o produto do trabalho do assistente social é um trabalho socialmente útil, tem valor de uso uma vez que produz serviços que atendem as necessidades sociais. Em contrapartida, os assistentes sociais participam do processo de produção e/ou redistribuição da riqueza socialmente produzida, com efeitos na produção do valor e da mais-valia. O assistente social, apesar de ter uma relativa autonomia, por ter uma formação superior, Código de Ética profissional, a Lei de Regulamentação da profissão e as Diretrizes

Curriculares do Serviço Social, ingressa no universo mercantil, passando a constituir-se como parte do trabalho social produzido pelo conjunto da sociedade.

A reflexão sobre o trabalho do assistente social nos diversos espaços ocupacionais aqui empreendida, assenta-se na discussão de Yamamoto (2008), que entende processo de trabalho como os “que se organizam conforme as exigências econômicas e sociopolíticas do processo de acumulação, moldando-se em função das condições e relações sociais específicas em que se realiza” (*ibid.*, 2008, p. 95). O processo de trabalho pressupõe um campo de intervenção e esse é um processo de trabalho coletivo, do conjunto de trabalhadores, não se restringindo ao assistente social, nesse sentido, nosso estudo alude ao trabalho do assistente social na saúde.

O processo de trabalho é controlado pelos capitalistas ou instituições que impõem a finalidade do trabalho às necessidades que devem suprir. Dessa forma, torna o trabalho de cada um, parte do trabalho coletivo, especializado, fragmentado e diferenciado, mas, combinados e submetido às condições similares impostas pela condição de assalariamento. Entende-se ainda, que o assistente social enquanto um profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho (IAMAMOTO, 2008) está submetido às mesmas condições objetivas e subjetivas do trabalho, sujeito as transformações do mercado de trabalho e do sistema capitalista, assim sendo, enquanto profissional, enfrenta as dificuldades como desemprego, precarização e flexibilização do trabalho.

O processo de trabalho envolve quatro elementos constitutivos, a saber: 1) matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação do sujeito; 2) o próprio trabalho, ou atividade direcionada a um fim; 3) os meios ou instrumentos; 4) produtos do trabalho que potenciam a ação do sujeito sobre o objeto. Yamamoto (2008) assinala que o primeiro elemento do processo de trabalho tem como o objeto de trabalho, a questão social. É ela, em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional face à pobreza, ao desemprego, à problemática de crianças e adolescentes, idosos e frente às situações de violência contra a mulher, entre outras. A questão social é a matéria-prima ou objeto de trabalho do assistente social, ainda que o conhecimento da realidade seja, ao mesmo tempo, condição para a realização do trabalho e meio de trabalho.

O segundo elemento caracteriza-se pelos instrumentos ou meios de trabalho do assistente social, o conjunto de técnicas, o conhecimento da realidade e as bases teórico-

metodológicas para iluminar a leitura da realidade e imprimir os rumos à ação. Acrescenta-se que o Serviço Social não detém os meios necessários para efetivação do seu trabalho, que são fornecidos pelas entidades empregadoras: recursos financeiros, técnicos e humanos. A organização de sua atividade depende das instituições que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos.

O terceiro elemento do processo de trabalho é o **trabalho propriamente dito**, dispêndio de energia para provocar mudanças no objeto profissional, que é a prática profissional nas instituições. Destacando, a autora, que os sujeitos que trabalham, marcados pelo corte de gênero e traços de subalternidade.

Nesse contexto, a profissão é atravessada por relações de gênero enquanto tem em sua composição social predominantemente feminina. Esse recorte de gênero explica, em parte, os traços de subalternidade que a profissão carrega diante de outras de maior prestígio e reconhecimento social e acadêmico. Por fim, o quarto elemento do processo de trabalho é o produto do trabalho do assistente social, que tem implicações nas condições materiais e sociais dos trabalhadores, na reprodução da força de trabalho por meio de serviços sociais previstos em programas, a partir dos quais se trabalham nas áreas de saúde, educação, condições habitacionais e outras.

Sendo assim, tem um efeito que não é material, mas é socialmente objetivo, na reprodução espiritual ou reprodução social, dos consensos de classes base para construir uma hegemonia na vida social. Interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ideopolítica dos indivíduos sociais, contribui no reforço da hegemonia vigente ou criação de uma contra hegemonia no cenário da vida social. Não produz mais-valia, mas participa da produção de valores ou da riqueza social.

Com vistas a ampliar o debate acerca do trabalho do assistente social na Saúde, tomamos como base a perspectiva analítica de Miotto e Nogueira (2009). Segundo as autoras trata-se de três processos de trabalho na área da Saúde, que são básicos e dialeticamente articulados: os **processos político-organizativos**, os **processos de planejamento e gestão** e os **processos sócios assistenciais** os quais correspondem a articulação de um conjunto de ações do assistente social.

O processo político-organizativo diz respeito a “mobilização e a assessoria, incrementando discussões entre seu espaço sócio-ocupacional, a comunidade e as mais

diferentes instituições” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 282), com o objetivo de universalizar e ampliar e efetivar direitos, nos diferentes espaços ocupacionais, seja nas unidades básicas de saúde, hospital ou em ambulatório especializado (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 282). As autoras destacam ainda que essas ações valorizam os espaços de controle social na área da saúde, com destaque para os Conselhos de Direitos, as Conferências e outros órgãos como o Ministério Público. Nos processos de planejamento e gestão, as ações ocorrem “no nível de gestão do SUS, no âmbito das instituições e serviços de saúde, no planejamento e gestão de serviços sociais em instituições, programas e empresas, e na sistematização das ações profissionais” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 284), configurando assim a intersectorialidade das ações, tanto no planejamento institucional como instrumento de gestão e gerência de políticas e serviços, quanto no planejamento profissional (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 284).

No que tange aos processos socioassistenciais, esses são “desenvolvidos no âmbito da ação direta com os usuários nos diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde, a partir de demandas singulares” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 284). Nesse sentido, os usuários, considerados como sujeitos, são capazes de responder juntamente com o assistente social às suas “demandas/necessidades particulares, numa perspectiva de construção de sua autonomia no âmbito das relações institucionais e sociais ao remetê-lo para a participação política em diferentes espaços” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 284) uma vez que o trabalho do assistente social é determinado pelas relações entre as classes na sociedade.

Pode-se afirmar que na contemporaneidade o Serviço Social tem sofrido os rebatimentos da reestruturação produtiva, precarização das relações trabalhistas e inúmeros outros impactos que o neoliberalismo tem trazido à classe trabalhadora, como também o estranhamento dos trabalhadores em relação ao conteúdo e a dimensão do seu trabalho na conformação do trabalho, discussão ampla realizada por Antunes (2011). Nesse sentido, julgamos de extrema importância buscar apreender por meio de análise do trabalho que o(a) assistente social desenvolve, a direção social do trabalho da(o)s assistentes sociais na Saúde que se dão na direção do fortalecimento do Sistema Único de Saúde e da concretização do Projeto Ético-Político da profissão no exercício profissional dos assistentes sociais que trabalham naquelas instituições. Nesse estudo entende-se que na análise das demandas sociais que se apresentam ao assistente social, exige-se desse profissional, uma intervenção



profissional que se coaduna com a articulação das competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa no exercício da profissão (GUERRA, 2011).

Dentre as três competências, a que apresenta o modo de ser da profissão, a sua forma de aparecer, pela qual ela é conhecida e reconhecida, é a técnico-operativa, que materializa e expressa as demais (GUERRA, 2011). Dela emana a imagem social da profissão e sua autoimagem. Encontra-se carregada de representações sociais e da cultura profissional. É a dimensão que dá visibilidade social à profissão já que dela depende a resolutividade da situação, pois ela materializa as demais dimensões do Serviço Social. Contudo há que se enfatizar que, o trabalho do assistente social exige do profissional o conhecimento e a articulação das dimensões constitutivas da profissão: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Guerra (2011) enfatiza a importância das três dimensões no exercício da profissão, sendo que, na teórico-metodológica é definida a teoria como instrumento de análise do real, onde ocorre a intervenção profissional.

A dimensão ético-política está baseada nos fundamentos éticos, nos valores preconizados no Código de Ética Profissional do assistente social e na Lei de Regulamentação da profissão. Assim, expressa a direção da intervenção profissional a partir do projeto ético-político profissional (*ibid.*, 2011).

Cumprir destacar que as dimensões constitutivas da profissão e a instrumentalidade do Serviço Social, estão intimamente relacionadas, sendo essas definidas por Guerra (2011) como “uma propriedade ou um determinado modo de ser que a profissão adquire dentro das relações sociais, no confronto entre as condições objetivas e subjetivas do exercício profissional”, tendo uma intencionalidade o seu uso, pois

[...] é uma propriedade sócio-histórica da profissão que possibilita aos assistentes sociais definirem sua intencionalidade através de respostas profissionais, uma vez que é por meio da instrumentalidade que o profissional modifica as condições e relações interpessoais e sociais existentes no cotidiano (GUERRA, 2011).

A instrumentalidade revela-se na influência do homem na natureza, ou seja, a transformação de objetos naturais em meios para atingir uma finalidade, e comparada às relações sociais, permite-se analisar sob a mesma ótica a sua influência na reprodução da vida social.

A instrumentalidade com a qual os homens controlam a natureza e convertem os objetos naturais em meios para o alcance de suas finalidades, é

transposta para as relações dos homens entre si, interferindo em nível da reprodução social. Mas isso só ocorre em condições sócio-históricas determinadas. Nestas, os homens tornam-se meios/instrumentos de outros homens. O exemplo mais desenvolvido de conversão dos homens em meios para realização de fins de outros homens é o da compra e venda da força de trabalho como mercadoria, de modo que a instrumentalidade, convertida em instrumentalização das pessoas, passa a ser condição de existência e permanência da própria ordem burguesa (GUERRA, 2011, p. 30).

O fazer profissional do assistente social no decorrer da história foi sendo alterado, se na gênese da profissão esteve profundamente marcado pela caridade, pela benemerência e pelo assistencialismo, no decorrer da história, a profissão passou a adotar uma perspectiva crítica, ancorada no direito e na cidadania. Segundo Netto (2006) a “natureza da prática técnica é essencialmente executiva” (2006, p. 74). O autor afirma que os assistentes sociais não são mais “executores terminais de políticas sociais” (NETTO, 2002), tendo passado a assumir outras funções, como as de planejamento, gestão, exercício do controle social, tornando-se um profissional cada vez mais “crítico e propositivo” (IAMAMOTO, 2008) o que requer “*romper com uma visão endógena, focalista, uma visão ‘de dentro’ do Serviço Social, prisioneira em seus muros internos*”(IAMAMOTO, 2015, p. 20, destaques da autora).

A prestação de serviços sociais está, assim, condicionada pela legislação, pelo orçamento e pela gestão dos serviços. Num processo de trabalho dependente de uma subordinação gerencial e por relações trabalhistas de um contrato salarial, seja em termos de CLT ou de serviço público (FALEIROS, 2014, p. 709).

No que tange aos Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (2014), cumpre destacar que uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde requer

**[...] conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária [...]** (CFESS, 2014, p. 30, destaques nossos).

O trabalho do assistente social está marcado pelo contexto da desigualdade social e exige do profissional ser crítico, propositivo e interventivo (IAMAMOTO, 2008), pois

O trabalho do assistente social e de outros profissionais que intermediam o acesso a benefícios parece ser, então, o de “enxugar gelo”, ou seja, não reduz

a desigualdade, embora possa contribuir para a diminuição da pobreza, a coesão dominante ou a legitimação do poder (FALEIROS, 2014, p. 710).

Nesse sentido, nossa discussão remete à preocupação de buscar decifrar (IAMAMOTO, 2008, p. 28) a trama conceitual que ancora e desafia cotidianamente o profissional da Saúde, dentre eles o assistente social, na sua inserção nos espaços sócio-ocupacionais do campo da Saúde, especificamente, nas instituições de Atenção Secundária no território (SANTOS, 2006, p. 14) de município de grande porte.

O assistente social em consonância com os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (2014), com o Código de Ética Profissional do Assistente Social (1993), reafirma a importância da interdisciplinaridade. No artigo 10 do referido código, está preconizado como dever dos assistentes sociais com os outros/as profissionais, a importância de “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar; respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões” (BRASIL, 2012, p. 33). Nos Parâmetros (2014) supracitados destaca-se a importância do trabalho do assistente social e da articulação com os demais profissionais no processo de cuidado em saúde, a saber:

[...] buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a **interdisciplinaridade da atenção em saúde**; estimular a **intersetorialidade**, tendo em vista realizar **ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social**, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos (CFESS, 2014, p. 30, destaques nossos).

Franco e Mehry (2007) ao analisarem a atuação do Serviço Social no Hospital das Clínicas da UNICAMP, afirmam que nessa instituição de Alta Complexidade “a construção da rede de petição e compromissos é completada, identificando-se junto a ela, o tipo de pedidos e compromissos estabelecidos entre os diversos atores com o Serviço Social e mesmo, internamente ao próprio serviço” (FRANCO; MEHRY, 2007, p. 8), ou seja, é o estabelecimento das relações entre os trabalhadores de saúde nas suas diversas especialidades que permitem a produção do cuidado em saúde, tendo em vista o atendimento das necessidades dos usuários.

Mehry (2004) ao tratar do trabalho do assistente social nos serviços de saúde apresenta a interação entre os trabalhadores das diversas especialidades no processo de cuidado, assim, articula-se a “rede de petição e compromisso”, definida por Franco e Mehry (2007) como uma das ferramentas analisadoras dos serviços de saúde.

A rede de petição e compromisso se articula à “rede de relações existentes inter e intra equipamento assistencial analisado, e nesta rede, esclarecer os pedidos e compromissos assumidos entre os diversos atores implicados na arena operacional e decisória” (FRANCO; MEHRY, 2007, p. 1) se constitui um aspecto fundamental. O trabalho em rede com foco na Rede de Atenção à Saúde exige a integralidade da saúde, conforme previsto na Lei n. 8.080/90, além de requerer a articulação da equipe interdisciplinar *para e na* produção do cuidado.

Nessa perspectiva, os trabalhadores de saúde intervêm na produção do cuidado em saúde por meio da articulação em equipes interdisciplinares, que contribuem para a integralidade, como assinala Severo (2013):

A integralidade é debatida numa **perspectiva mais focalizada**, isto é, no **âmbito do exercício profissional** como elemento necessário para o desenvolvimento das práticas individuais e coletivas através do trabalho em equipe; e como **elemento fundamental, a organização da política**, com ênfase para a atenção a problemas específicos de saúde (SEVERO, 2013, p. 155, destaques nossos).

A integralidade do cuidado em saúde é reconhecer que o usuário do SUS, os sujeitos a quem se destina a ação da equipe multiprofissional é um todo, que precisa ser atendido em suas necessidades de saúde, considerando as condições sociais, políticas, econômicas e culturais. Ainda, na perspectiva de contribuir com a discussão, o agir em saúde contemplando a interdisciplinaridade também compreende a gestão do cuidado, conforme define Grabois (2011):

A **integralidade do cuidado** também exige que os profissionais se **articulem**, seja no **plano das diferentes unidades de saúde** que compõem a rede, seja **entre os diferentes serviços** que compõem um hospital. Este é um dos grandes desafios a serem superados no cotidiano do funcionamento do SUS (GRABOIS, 2011, p. 157, destaques nossos).

Entende-se que a integralidade está associada à integração dos serviços de saúde e das redes sócio assistenciais, como afirmam Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 331), ao reconhecer a “interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que

nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida”.

A integralidade na saúde reforça a necessidade da articulação dos serviços de saúde ofertados no âmbito das instituições de Média Complexidade, como a sua integração e encaminhamento para os demais serviços da rede de atendimento, seja ela de saúde nos seus diferentes níveis de complexidade, seja da Rede Socioassistencial oriunda da Política de Assistência Social (SUAS). Na tessitura da articulação e encaminhamentos do usuário, na referência e na contrarreferência dos serviços permitindo a garantia do direito à saúde.

## **2.1 O cenário da Média Complexidade em Timon na perspectiva das participantes da pesquisa**

A pesquisa de campo foi realizada em cinco instituições de saúde de Média Complexidade da esfera municipal, na cidade de Timon (MA), conforme já destacado no Capítulo 1, com o objetivo de compreender o trabalho do assistente social nessas instituições de saúde nesse nível de complexidade. Assinala Santos e Noronha (2011), que o processo de escolha dos instrumentos dá-se levando em consideração as condições objetivas do trabalho, as finalidades da ação, da profissão e da instituição, a demanda, sua funcionalidade frente à realidade em que a população está inserida. Para empreender uma análise consistente, precisamos estar atentos ao lugar que ocupa essas instituições onde a(o)s participantes do grupo focal realizam seu trabalho na atenção de Média Complexidade.

Dessa forma, com base na triangulação de fontes foram utilizadas as informações constantes no Relatório Anual de Gestão da Saúde (2018), nos questionários respondidas pelas participantes da pesquisa e nas narrativas dos dois grupos focais e no grupo de discussão com as participantes da pesquisa, conforme já explicitada na introdução do estudo. Nesse item, tendo por base os materiais supramencionados, apresentaremos um breve histórico dessas instituições do nível da Média Complexidade, sob a perspectiva das assistentes sociais que nelas trabalham cotidianamente.

Na construção dessa análise sobre os serviços de saúde público de Média Complexidade, optou-se pela ocultação dos elementos relativos a assistente social participante do estudo, quando da citação de fragmentos de suas análises, visando preservar o sigilo e a ética na pesquisa, para evitar vinculação do nome da instituição a da profissional participante

do estudo, quando tratar-se tanto de respostas dos questionários, dos grupos focais e de discussão em grupo nesse tópico do cenário da Média Complexidade. Assim, no decorrer das discussões nos grupos focais as assistentes sociais participantes do estudo foram revelando seu ponto de vista sobre o trabalho desenvolvido nas instituições, sobre as demandas apresentadas pelos usuários, bem como pela equipe multiprofissional e sobre os debates que travam consigo mesmas e com as equipes, cotidianamente, durante o processo de atenção à população usuária desse nível de complexidade. Estão dispostos no **Quadro 6**, o nome das cinco instituições de saúde de Média Complexidade de Timon representadas no estudo, com seus respectivos dados referentes ao público atendido, as especialidades disponíveis, os exames realizados e outros serviços oferecidos em cada uma delas.

**Quadro 6** – Oferta de Serviços de Saúde de Média Complexidade em Timon, MA.

Serviços de Saúde de Média Complexidade em Timon (MA)				
INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	PÚBLICO ATENDIDO	ESPECIALIDADES	EXAMES	OUTROS SERVIÇOS
<b>1) Centro de Atenção Integrado à Saúde da Mulher (CAISM)</b>	<b>Mulheres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ginecologia</li> <li>• Mastologia</li> <li>• Serviço Social</li> <li>• Enfermagem</li> <li>• Nutrição</li> <li>• Psicologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citopatologia</li> <li>• Citologia</li> <li>• Mamografia</li> <li>• Colposcopia</li> <li>• Biópsia</li> <li>• Ultrassonografia (transvaginal, gestacional, abdominal total e das vias urinárias)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cauterização</li> <li>• Exérese de pólipo</li> <li>• Técnicos de Enfermagem</li> </ul>
<b>2) Centro de Atenção Especializado Materno-Infantil (CAEMI)</b>	<b>Gestantes e crianças</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina Obstétrica</li> <li>• Enfermagem obstétrica</li> <li>• Serviço Social</li> <li>• Nutrição</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Psicologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrassonografia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicos de enfermagem</li> </ul>
<b>3) Centro de Atendimento Educacional Especializado Maria do Carmo Neiva (CIAEE)</b>	<b>Crianças, adolescentes e adultos com deficiência física e intelectual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermagem</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Fonoaudiologia</li> <li>• Neurologia</li> <li>• Neuropediatria</li> <li>• Ortopedia</li> <li>• Psicologia</li> <li>• Psicopedagogia</li> <li>• Psiquiatria</li> <li>• Serviço Social</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicos de enfermagem</li> <li>• Transporte adaptado para pessoas com deficiência</li> </ul>

<b>Serviços de Saúde de Média Complexidade em Timon (MA) – Continuidade</b>				
<b>INSTITUIÇÃO DE SAÚDE</b>	<b>PÚBLICO ATENDIDO</b>	<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>EXAMES</b>	<b>OUTROS SERVIÇOS</b>
<b>4) Unidade de Saúde Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira (Policlínica)</b>	<b>População em geral na área Ambulatorial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angiologia</li> <li>• Cardiologia</li> <li>• Cirurgião Geral</li> <li>• Cirurgiã Plástica</li> <li>• Clínica Medica</li> <li>• Coloproctologia</li> <li>• Dermatologia</li> <li>• Endocrinologia</li> <li>• Enfermagem</li> <li>• Fonoaudiologia</li> <li>• Gastroenterologia</li> <li>• Neurologia</li> <li>• Neuropediatria</li> <li>• Oftalmologia</li> <li>• Ortopedia</li> <li>• Pediatria</li> <li>• Pneumologia</li> <li>• Psicologia</li> <li>• Psiquiatria</li> <li>• Reumatologia</li> <li>• Serviço Social</li> <li>• Urologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baciloscopia-escarro e linfa</li> <li>• Glaucoma</li> <li>• Holter</li> <li>• Tomografia Computadorizada</li> <li>• Ecocardiograma</li> <li>• Endoscopia</li> <li>• Eletrocardiograma</li> <li>• Eletroencefalograma</li> <li>• Exames Laboratoriais</li> <li>• Exame de Próstata</li> <li>• Mapeamento</li> <li>• Teste Ergométrico</li> <li>• Tireóide</li> <li>• Ultrassonografia (Transvaginal/ Gestacional/ Mamária/ Partes Moles/ Abdominal Superior e Total/ Aparelho Urinário e Bolsa Escrotal /Pélvica e Cervical)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de Bolsas para Ostromizados</li> <li>• Técnicos de Enfermagem</li> </ul>
<b>5) Hospital Dr. Luís Firmino de Sousa (HPA)</b>	<b>População em geral na área de Urgência e Emergência 24 horas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatório de Pediatria</li> <li>• Enfermagem</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Nutrição</li> <li>• Serviço Social</li> <li>• atendimentos de Urgência Clínica Médica</li> <li>• Odontologia</li> <li>• Ortopedia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames Laboratoriais</li> <li>• Raio-X</li> <li>• Coleta de Material para Vigilância Epidemiológica (malária e leishmaniose)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulância (Unidade de Suporte Básico)</li> <li>• Atendimentos de Emergência</li> <li>• Internação - 08 enfermarias e 34 leitos (24 de internação e 10 de observação)</li> <li>• Vacinação, Curativos</li> <li>• Farmácia,</li> <li>• Sala de Nebulização,</li> <li>• Serviço de Imobilização e Gesso</li> <li>• Técnicos de Enfermagem</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria

Um olhar atento para as múltiplas dimensões arroladas nesse **Quadro** revela a diversidade de conhecimentos que esse profissional precisa apreender na constância do seu trabalho.

Em suas narrativas, visando explicarem a natureza do trabalho na instituição na qual trabalham, precisaram, continuamente, estabelecer parâmetros que explicitassem as fronteiras entre o trabalho da instituição de saúde onde trabalham e a natureza diferenciada dos serviços, dos critérios de inclusão e de exclusão das demais instituições de saúde da mesma esfera de complexidade bem como, das demais instituições de saúde da atenção Básica e da Alta complexidade.

Assim foi frequente que as profissionais contribuíssem tanto para o deciframento do trabalho da própria instituição como esclarecessem com base nos debates que travaram com as demais participantes dos grupos relativo a aspectos importantes acerca da oferta dos serviços, dos limites da oferta frente as reais necessidades da população do município e os “gargalos” hoje existentes na oferta desse nível de complexidade, tempo de espera e o fluxo da atenção à saúde não compatível com a premência de demandas em situações de risco de morte.

## **2.2 Os serviços de Média Complexidade nas narrativas das participantes da pesquisa**

Segundo as participantes o *Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (CAISM)* foi fundado com a finalidade de prestar serviço de Atenção Secundária à Saúde da Mulher. Atende as usuárias do SUS, sendo destinado à população feminina residente na região do município de Timon, nas distintas faixas etárias. O CAISM dispõe de estrutura apropriada para a promoção, prevenção e recuperação de doenças mamárias e do aparelho genital com destaque para investigação de doenças oncológicas.

O atendimento especializado para a mulher é prestado por uma equipe médico-assistencial e multiprofissional, nesse espaço se utilizam modelos de assistência em geral e, principalmente, são redesenhadas formas específicas para responder às situações especiais. O Serviço atua como referência do Sistema de Saúde regional para as situações de Média Complexidade encaminhadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A equipe



multiprofissional do CAISM é formada por “enfermeiro, técnico em enfermagem, assistente social, médico, técnico em radiologia, psicólogo e nutricionista”.

A demanda pelos serviços de saúde requer um olhar atento das assistentes sociais para os usuários em suas necessidades em saúde e também para as necessidades humanas básicas. Assim, com relação as demandas das usuárias apresentadas ao Serviço Social no CAISM, a assistente social no grupo focal relata que essa demanda decorre, em grande parte, como decorrência da condição de vulnerabilidade social das usuárias, a saber:

As principais demandas apresentadas decorrem da condição de vulnerabilidade social vivenciada pelas usuárias e que rebatem diretamente no processo saúde-doença, a saber insegurança alimentar e renda, desemprego, baixo ou precário acesso a serviço da rede intersetorial, dentre outros correlatos. Ademais, há uma grande demanda por acesso a consultas e/ou exames especializados, mesmo que sem agendamento prévio.

É importante ressaltar, que segundo relato de uma das participantes do Grupo Focal 1, o perfil das mulheres usuárias dos serviços do CAISM é predominantemente composto por “mulheres em condição de **vulnerabilidade social**, sem vínculo empregatício, a maioria é beneficiária do Programa Bolsa Família”. Tomando como base o conhecimento da realidade social das famílias em situação de vulnerabilidade social do município de Timon frequentemente narradas pelas participantes do estudo, nos grupos focais torna-se compreensível a preocupação expressa em suas narrativas relativa à necessidade de criar condições objetivas para a articulação e o fortalecimento de políticas públicas para enfrentar as expressões da questão social que estão presentes no cotidiano de significativo contingente de população que vive nesse território. Acrescenta-se à discussão, a preocupação que emerge da fragilização dos serviços de saúde na Média Complexidade, inclusive acompanhando o debate circunscrito sobre o fluxo de demandas e a superposição entre os níveis de complexidade.

No decorrer do grupo uma das participantes da pesquisa que trabalha em duas instituições de saúde de Média Complexidade, destacou em *sua* narrativa tanto o trabalho realizado numa das cinco instituições de Média Complexidade, quanto o realizado numa instituição especializada recém criada no município de Timon que também foi de forma recorrente mencionada pelas participantes dos grupos focais e de discussão em grupo, dada a importância que as profissionais atribuem a esta instituição no cenário da produção do cuidado especializado à mulher na Média Complexidade na cidade. Optamos por fazer uma

breve apresentação dessa recente instituição de Média Complexidade implantada no território analisado com base nas discussões tecidas nos grupos.

Trata-se do *Centro de Atenção Especializado Materno-Infantil* (CAEMI), instituição que conta com uma equipe interdisciplinar, criada em dezembro do ano de 2018. Nele são ofertados cuidados e exames para gestantes de alto risco, que necessitam de acompanhamento especializado e compartilhado com a Atenção Primária à Saúde. A atenção prestada pelo CAEMI objetiva à redução da mortalidade materna e infantil no território de Timon, a partir de cuidados ofertados por profissionais de saúde de diversas especialidades. A equipe é formada pelos profissionais: médico obstetra, enfermeiro obstetra, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, oferecendo ainda os serviços de ultrassonografia e de técnico em enfermagem.

A decisão de apresentá-la em linhas gerais remete à intenção de contribuir para a compreensão da natureza histórica da consolidação da Rede de Atenção à Saúde Especializada nesse e nos demais territórios existentes no país, uma vez que a oferta de serviços na rede de saúde tende a sofrer modificações continuadas no território e ao longo do tempo, fato que precisa ser imediatamente compreendido e gerido pelas equipes de Serviço Social no que tange tanto à dimensão pedagógica, quanto à assistencial e quanto ao estabelecimentos de fluxos de atenção e estabelecimento de relações de compromissos *com* e *para* a população usuária do SUS.

As profissionais no grupo focal 1, destacaram a relação de interdependência entre os serviços do CAEMI e do CAISM uma vez que o “CAEMI é um anexo do CAISM, que hoje funciona ao lado do hospital do Parque Alvorada, por conta do espaço do CAISM não conseguir abarcar. [...] no CAISM, que é a parte de atenção à saúde da mulher e no CAEMI que é atenção materna, materno-infantil, mas por enquanto só materno”. Nas narrativas foram destacadas que se trata de dois serviços situados em bairros diferentes, o primeiro se situa no Parque Alvorada e o segundo no Parque Piauí, com uma distância aproximada de cerca de vinte minutos de carro, no horário de intenso movimento. As equipes de atenção à saúde, dentre elas o assistente social, realizam o trabalho em ambos os serviços de forma a, por exemplo, “complementar um circuito de três dias no CAEMI e completar a carga horária no CAISM”, fato que revela a relação de interdependência e de interpenetração de ambos os serviços de Atenção à Saúde da Mulher e de atenção Materno Infantil no município. No que

tange aos serviços ofertados pelo CAEMI uma das participantes da pesquisa ressalta, no Grupo Focal 1, que

[...] o CAEMI se inscreve dentro da proposta de planificação da Atenção Ambulatorial Especializada, [...] que tem sido mediada pelo CONASS, que é o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, que está há mais de um ano atuando aqui no Município de Timon, aqui no Maranhão esse processo de planificação ocorre em Caxias, em Balsas e em Timon.

*O Centro Integrado de Atendimento Educacional Especializado Maria do Carmo Viana Neiva* (CIAEE Maria do Carmo Neiva) é uma instituição conveniada com as Secretarias de Educação e de Saúde. O Centro tem como objetivo oferecer Atendimento Educacional Especializado (AEE) e proporcionar, tanto aos alunos como para a comunidade, serviços especializados na área de Educação e Saúde (vide **Quadro 6**).

O Centro é localizado no Bairro Santo Antônio, tendo constado na resposta do questionário de participante do estudo, que a mesma se destina a “Reabilitação física e intelectual [...]; e a inserção dos usuários em programas e serviços sociais; acompanhamento familiar; ações de caráter preventivo, protetivo e proativo; acesso a direitos, bens e serviços socioassistenciais; e ações com equipe multiprofissional para melhorar os atendimentos”.

As demandas apresentadas ao Serviço Social no CIAEE Maria do Carmo Neiva, consiste no acompanhamento de usuários, particularmente, do “usuário com deficiência intelectual e física”, sendo que cabe à assistente social realizar o atendimento a essa demanda. No Grupo Focal uma das profissionais esclarece que o trabalho nessa instituição requer fazer

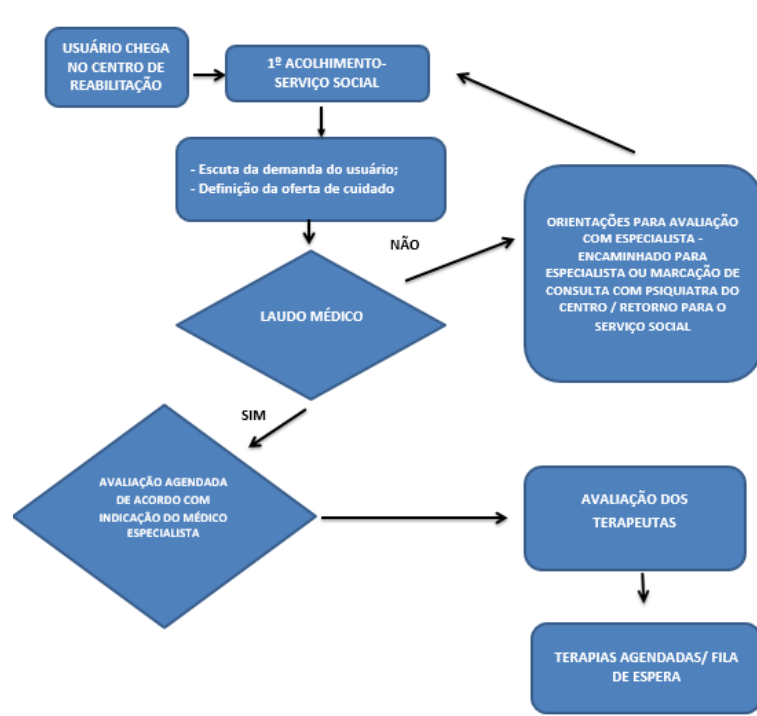
[...] acolhimento preenchendo fichas que traçam o perfil do mesmo e encaminhando para as terapias indicadas pelos médicos especialistas. As [...] ações têm cunho socioeducativo. Como diz, a nossa Iamamoto, tornando possível o acesso aos direitos e meios de exercê-los, como também contribui na defesa e ampliação dos direitos, afirmando compromisso com os direitos e interesses dos usuários, em especial no meu caso, pessoas com deficiência.

Além das demandas apresentadas no Centro de Reabilitação, é importante destacar que se trata do trabalho realizado por equipe multiprofissional da instituição, fazendo parte do mesmo: psicólogo, enfermeiro, técnico em enfermagem, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicopedagogo, nutricionista, neurologista, neuropediatra, ortopedista, psiquiatra, coordenadora, que é psicopedagoga”.

Visando ampliar a compreensão dos desafios postos a esse trabalho no cotidiano das ações profissionais, julgamos importante apresentar o fluxograma de atendimento do Centro de Saúde Maria do Carmo Neiva, desde o ingresso do usuário no serviço, incluindo a acolhida pelo Serviço Social, seguida dos devidos encaminhamentos realizados aos especialistas nas situações nas quais é identificada a deficiência por meio do laudo médico. Inclui-se além da avaliação dos profissionais, também o agendamento das terapias ou o tempo de espera na fila de espera para realizar os atendimentos com os profissionais do CIAEE Maria do Carmo Neiva.

As profissionais assinalam que “o Centro atende pacientes dos municípios da região de saúde de Timon, não restringindo apenas aos usuários da cidade de Timon”, daí a ênfase dada nas discussões dos grupos dos Determinantes Sociais em Saúde, em virtude da influência dos mesmos nos processos de acesso ao serviço e na busca de garantir as condições de continuidade do tratamento, posto que sem o suporte oferecido, tanto pelo TFD, quanto pelas demais políticas setoriais, a interrupção do tratamento tem sido uma realidade.

**Figura 9** – Fluxograma de atendimento do CIAEE Maria do Carmo Neiva



**Fonte:** CIAEE Maria do Carmo Neiva, 2019.

Nas discussões acerca do trabalho realizado no CIAEE foi continuamente destacado pelas participantes da pesquisa, a importância do Tratamento Fora de Domicílio (TFD, SUS),

como um dispositivo que viabiliza o acesso aos serviços especializados, uma vez que nesse cenário é continuamente atendida população proveniente de outros municípios, pois “[...] o TFD, tratamento fora de domicílios, domicílio! [ênfatisa na frase a palavra domicílio com destaque]. É para pacientes, para usuários, essas crianças e adolescentes que vem de Matões, Parnarama, São Francisco do Maranhão [...]”.

Nos grupos focais e na discussão em grupo, foram destacados a importância do Serviço Social na instituição, uma vez que ele funciona como porta de entrada dos usuários com deficiência e de sua família, sendo realizado o primeiro atendimento, visando o acolhimento, para então, dar continuidade nos atendimentos no Centro Especializado.

Outro serviço de Média Complexidade, que permaneceu no horizonte das discussões foi a *Unidade de Saúde Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira*, mais conhecida entre os usuários dos Serviços de Saúde, pelos profissionais da saúde e entre o público em geral pelo nome de **Policlínica**. Nesse serviço se realiza atendimento ambulatorial de Média e Alta Complexidade, deles participando várias especialidades médicas, sendo oferecidos procedimentos de enfermagem, biópsias, pequenas cirurgias e exames especializados.

Conforme destacado no **Quadro 6**, na Policlínica são realizados os atendimentos ambulatoriais das seguintes especialidades: Ortopedia, Psicologia, Cardiologia, Urologia, Clínica Médica, Angiologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Psiquiatria, Coloproctologia, Fonoaudiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Oftalmologia, Dermatologia, Neuropediatria, Neurologia, Enfermagem, Pediatria, Endocrinologia e Reumatologia. Contam ainda, com o trabalho de profissionais de nível superior da área de Serviço Social e de Enfermagem.

Nas narrativas as participantes explicitam que nesse serviços são viabilizados os seguintes exames especializados: baciloscopia, escarro e linfa, ultrassonografia transvaginal, ultrassonografia gestacional e mamária e das partes moles, abdominal superior e total, do aparelho urinário e da bolsa escrotal, pélvica e cervical, holter, tomografia computadorizada, ecocardiograma, endoscopia, mapeamento, eletrocardiograma, eletroencefalograma, exames laboratoriais, glaucoma, teste ergométrico, próstata e tireóide.

No serviço, conforme registrado no questionário das assistentes sociais participantes do estudo, o Serviço Social realiza o “acolhimento, o agendamento para consultas e exames” visando “garantir o direito de acesso às políticas sociais, encaminhamento para rede de

serviços assistenciais e serviços que o município oferece”. Nas narrativas nos grupos focais foi destacado, que na Policlínica as demandas predominantes são de “consultas e exames. E para atender essas demandas a assistente social atua através do acolhimento, que por sua vez se realiza pela busca ativa, buscando perceber as necessidades de cada usuário”. Assinalaram ainda, que o Serviço dispõe de programa para ostomizados. No que tange a explicitação da origem de classe dessa população usuário que nele recebe atendimento, as profissionais assinalam que os usuários atendidos na Policlínica são “famílias de baixa renda (pobreza), incluindo famílias [da zona urbana] do município de Timon e da zona rural”.

O *Hospital Municipal do Parque Alvorada* localizado no Bairro Parque Alvorada, foi continuamente citado nas narrativas das profissionais em virtude do seu papel estratégico uma vez que o mesmo oferece ao município “atendimento de urgência 24 horas, sendo dois médicos nos plantões diurnos e um médico nos plantões noturnos. Atendimento odontológico diário, atendimento pediátrico ambulatorial, três vezes por semana, atendimento ortopédico três vezes por semana”. Segundo as discussões das profissionais nos Grupos Focais, o hospital anteriormente funcionava como um Centro de Saúde do Parque Alvorada, todavia no ano de 1997, adquiriu o *status* de Hospital Municipal, passando a chamar-se Hospital Municipal Dr. José Firmino de Sousa. Em agosto de 2011, essa Unidade de Saúde foi ampliada, tendo sido incorporado à sua estrutura, os serviços de urgência e emergência aberto 24 horas por dia nas áreas de Clínica Médica e de Enfermagem. Atualmente, o Hospital conta com 34 leitos, sendo 24 para internações e 10 são leitos de observação, conta ainda com o atendimento ambulatorial nas áreas de Pediatria e Nutrição (**Quadro 7**). Os serviços de Ortopedia e Odontologia se destinam ao atendimento de urgência ou emergência.

Com relação à capacidade instalada do Hospital Municipal do Parque Alvorada (HPA), em janeiro de 2019, a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, esteve *in locu*, em cada serviço de saúde, seja de Atenção Básica, Média e de Alta Complexidade e identificou que o hospital tem uma estrutura física composta da seguinte forma: duas salas de cirurgia, uma sala de recuperação, uma sala de curativo, uma farmácia, uma sala do Serviço Social, uma para coleta de exames, uma sala de pequena cirurgia, uma central de esterilização de materiais, uma consultório para ortopedia, dois consultórios de urgência, uma sala de acolhimento e classificação de risco, dois consultórios não médicos e um necrotério. Por sua vez, os leitos estão distribuídos no hospital da seguinte forma: seis de observação, vinte e seis

para tratamento clínico, dez pediátricos, dois isolamentos, oito para cirúrgico, totalizando cinquenta e dois leitos.

As demandas do HPA encaminhadas ao setor de Serviço Social, segundo a perspectiva analítica das protagonistas do trabalho de assistente social nos serviços de Média Complexidade, foram explicitadas, quer nos questionários e nas narrativas nos grupos focais, onde esclarecem que os atendimentos realizados pela assistente social ocorrem: “através da escuta qualificada [...] no acompanhamento diário junto aos pacientes internos através das visitas aos leitos”. Contudo a assistente social “queixa-se da demanda de médico prescritor, ao fazer as visitas diárias nas enfermarias, [pela] demora no atendimento de médicos especialistas para realização de consultas, exames e procedimentos realizados em outras instituições”, ou seja, o trabalho da assistente social é desenvolvido em conjunto com as demais profissões, tendo sido enfatizada a atividade do médico tanto no âmbito dessa instituição quanto nas demais instituições da rede de saúde.

Outra assistente social, participante da pesquisa, destacou o predomínio da dimensão coletiva do trabalho realizado nessa esfera de complexidade na saúde. Ao referir-se ao próprio trabalho destaca que “juntos intervimos nas realizações de exames, transferências, avaliações cirúrgicas, na procura por atendimento oncológico, orientando sobre o processo que temos que dar [entrada] pela Auditoria, sobre a documentação necessária e exames”, destaca ainda a importância do sigilo no cuidado realizado pelo assistente social. Enfatiza que “[...] sempre faço o atendimento em minha sala, buscando preservar os direitos dos pacientes”. A profissional remeta às orientações previstas no artigo 15 do Código de Ética do Assistente Social, que se constitui, ao mesmo tempo, num dever e num direito do assistente social na preservação do sigilo profissional.

Assinala Iamamoto (2009, p. 18) que o Serviço Social brasileiro construiu um projeto profissional “radicalmente inovador e crítico, com fundamentos históricos e teórico-metodológicos hauridos na tradição marxista, apoiado em valores e princípios éticos radicalmente humanistas e nas particularidades da formação histórica do país”.

**Quadro 7** – Quadro da capacidade instalada do Hospital Municipal do Parque Alvorada (HPA), Timon, MA

Hospital Municipal do Parque Alvorada HPA			
Espaço físico	Atendimento de Urgência e Emergência	Enfermaria Adulto	Ambulatorial
01 consultório de Ortopedia 02 consultórios de urgência 02 consultórios não médicos 01 sala de acolhimento e classificação de risco 02 salas de cirurgia 01 sala de recuperação 01 sala de pequena cirurgia 01 sala de curativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Atendimento de urgência 24 horas, sendo 02 médicos nos plantões diurnos e 01 médico no plantão noturno</li> <li>◆ Atendimento Odontológico de Urgência diário</li> <li>◆ Atendimento de Urgência Ortopédico três vezes por semana</li> <li>◆ Serviços de Raio X (diário 24 horas)</li> <li>◆ Serviço de Emergência com carro de parada cardiorrespiratória, desfibrilador e medicações utilizadas em emergências;</li> </ul> <p><b>Equipes</b> - Dentistas, ortopedistas, pediatras, enfermeiros, assistente social e técnicos de enfermagem.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Serviço de internação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 08 Enfermarias com 34 leitos climatizadas 24 leitos para internação 10 leitos de observação</li> <li>▪ Serviço de Fisioterapia – 01 Fisioterapeuta exclusivo usuários internados (desativado em nov. 2016 e reativado início 2017)</li> <li>▪ Serviço Social – 02 assistentes sociais, em regime de plantão de 12 horas, no horário das 7 às 19 horas, de segunda a sábado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atendimento Pediátrico Ambulatorial três vezes por semana</li> <li>▪ Serviço de Imobilização e Gesso (diário 24 horas)</li> <li>▪ Sala de Nebulização 24 horas</li> </ul>
Serviço de Nutrição	03 Nutricionistas, com suporte inclusive a outros setores da administração na distribuição de alimentos sendo 150 refeições distribuídas entre Policlínica, PSF, Guarda Municipal, Laboratório e CTA.		
01 sala de Serviço Social	02 assistentes sociais em regime de plantão de 12 horas, horário das 7 às 19 horas, de segunda a sábado.		
01 sala de coleta de exame	Sistema de coleta de exames Serviços de Exames Laboratoriais atendem para usuários internos e externos ao serviço Serviço de Coleta de Material para Vigilância Epidemiológica (malária e leishmaniose)		
Lavanderia (Referência no município)	Central de Material com 01 autoclave que atende também o SAMU, Policlínica e PSF		
Sala de Vacinas			Atendimento de segunda a sábado
Ambulâncias	Ambulância - Unidade de Suporte Básico uso exclusivo do hospital - 04 motoristas, sendo 02 trabalham no horário diurno e 02 no noturno		
01 Farmácia	Somente para pacientes internos		
01 Central de Esterilização de Materiais			
01 Necrotério			

**Fonte:** Elaboração própria



Não se trata de uma atividade realizada com base no discurso da competência (CHAUI, 1989), ou seja, segundo Yamamoto (2009, p. 18), a competência aqui requerida não se “confunde com o institucionalmente permitido e autorizado pelas instâncias burocráticas dos organismos empregadores”, pelo contrário, “expressam capacidades para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, pois são elas concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais” (*ibid.*, p. 21).

No grupo focal 2, uma das participantes da pesquisa ao descrever a demanda dos usuários nos serviços de Média Complexidade, tenta se aproximar dos desafios presentes no momento de realizar o atendimento no hospital, inicia sua narrativa lembrando que o público que procura o Serviço Social, nesta esfera de atuação, está diante de um “atendimento de urgência e emergência, internações, observações, encaminhamento para processo cirúrgico, que nós estamos encaminhando sempre para o [hospital] Alarico Pacheco, [...] e o ortopedista é também muito procurado[...]”, assim tenta explicitar como no processo de atenção, é demandado do profissional, a tessitura de uma relação de interdependência recíproca entre os serviços ofertados nas instituições de Média Complexidade e os requeridos em outras instituições também da Média ou da Alta complexidade.

Uma assistente social no grupo focal 2, relata que nas demandas dos usuários no hospital, por exemplo, nas situações de atenção a agravos à saúde oncológicos, essa demanda tem se ampliado. Afirma que “mais agora está sendo o oncológico. O paciente, porque não está sendo mais fácil transferir esse paciente para o hospital São Marcos, tem que ir para a Regulação... Auditoria”. Corroborando com a narrativa de outra profissional do hospital, que narra no grupo focal 2, que as pacientes com diagnóstico de câncer,

[...] na parte ginecológica! Eles vão lá em busca [...] de exames transvaginal, ultrassom e pareceres, mesmo para o especialista, para o ginecologista. Então, essa demanda tem crescido lá no hospital. ‘CA’ de mama também é outra demanda aqui, tem surgido bastante de colo de útero [...]

Reafirmando as demandas de mulheres com câncer de mama e colo de útero no município de Timon, conforme dados já apresentados no **Quadro 3**, no Capítulo 1<sup>6</sup>.

Ainda sobre os pacientes oncológicos, uma das assistentes sociais do hospital, na discussão em grupo, explica que eles tendem a ser internados sem o diagnóstico, pois “temos

---

<sup>6</sup> Cf. à página 49 *et seq.*

também pacientes oncológicos que entram com exame... Enfim, [1ª AS-DG], tem pacientes que não passam pelo CAISM, que o diagnóstico não está fechado”, o que implica para o Serviço Social o trabalho de orientação aos usuários e seus familiares sobre o processo para iniciar o tratamento oncológico no município de Timon e realizar os encaminhamentos para a rede de atendimento.

Além das situações oncológicas, a assistente social do hospital supracitada, relata na discussão em grupo, que tem situações de “paciente com erisipela, que é um ferimento na pele e é muita gente, eu vejo que está acontecendo assim um surto em cada... chegando a idade, a partir dos cinquenta, sessenta anos, vem assim demais mesmo”. Ainda acrescenta, uma outra assistente social do hospital no grupo focal 2, que tem demandas de “Pneumonia, erisipela, cardiopatia, neurológica, também, AVC”. A assistente social em sua narrativa, afirma ainda que outra demanda que leva à entrada de pacientes refere-se “a pacientes de AVC! A gente tem a maior dificuldade para estar detectando qual é o tipo de patologia que ele tem. Porque a gente não tem como realizar exames de urgência”.

No uso da expressão *a gente*, ela remete não somente ao seu trabalho, mas a um desafio coletivo que recai sobre esse nível de intervenção especializada, para o qual o diagnóstico, muitas vezes exige o uso de tecnologias apropriadas, não disponíveis nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde. Outra demanda relatada por uma das assistentes sociais que também discute o cuidado no âmbito do hospital, e que na discussão em grupo alude às situações de agravos à saúde decorrentes de sífilis que tem sido atendidos no hospital, como “aqui teve um grande surto também sabe de que, [1ª AS-DG]? De sífilis. Está uma pandemia de sífilis. São jovens de 12, 13, 14, 15 anos, e [também] pessoas já de idade”. Por sua vez, outra assistente social no grupo focal 2, destaca as demais demandas que são atendidas no HPA, como se pode observar em sua narrativa:

Na maioria das vezes são pacientes que dão entrada no hospital são pacientes com hipertensão arterial, [...] com diabetes descompensada. [...] Tem pacientes que vão em busca de atendimento ambulatorial, também clínico. Então assim, lá é diversificada a demanda do hospital, porque lá é um hospital de urgência e emergência, e aí tem pacientes que ficam internos, esses pacientes é [realizado atendimento] com o clínico.

No que concerne aos usuários atendidos no HPA, uma das assistentes sociais no grupo focal relata que tem acontecido situações de “idosos abandonados pelos seus familiares, sempre faço uma visita a este idoso, [e] procuro colher mais informações. Orientando a

importância dos cuidados com o idoso na sua fragilidade à saúde”. O idoso que se encontra nesta fase da vida, tem necessidades de cuidados com sua saúde específicas e precisarão de um suporte da sociabilidade primária (CASTEL, 2003), ou seja, nestas circunstâncias a família desempenharia um papel fundamental, todavia, esse usuário idoso muitas vezes teve quebra de vínculo com a família, sendo a sua proteção um desafio para as instituições de saúde dessa e de outros níveis de complexidade.

Uma análise com base na legislação vigente, conforme preconiza o Estatuto do Idoso (2003), se pautaria no aspecto normativo de que é dever da família, da sociedade e do Estado o cuidado com o idoso. Mas a experiência concreta revela as múltiplas dificuldades para construir uma teia protetiva capaz de garantir o direito a saúde e a vida do idoso que vive situação de vulnerabilidade, desproteção e de abandono.

O trabalho do assistente social, realizado num contexto de desigualdade social exige que o profissional seja crítico, propositivo e interventivo (IAMAMOTO, 2008). Contudo, sua ação precisa ser realizada em consonância com outros profissionais cujo núcleo de formação está pautado em outros núcleos de conhecimento. Nessa perspectiva, conforme assinala Faleiros (2014) “o trabalho do assistente social e de outros profissionais que intermediam o acesso a benefícios parece, então de ‘enxugar gelo’, ou seja, não reduz a desigualdade, embora possa contribuir para a diminuição da pobreza, a coesão dominante ou a legitimação do poder” (FALEIROS, 2014, p. 710).

Uma das assistentes sociais do HPA propôs o exercício de tentar colocar em palavras o atendimento realizado na esfera de um serviço de Média Complexidade, pois, segundo ela, “Lá no hospital o atendimento é um pouco diferenciado, porque lá a gente atende urgência e emergência [...]”. Por sua vez, no diálogo tecido entre as participantes, ao mencionar o serviço ofertado no hospital, uma das assistentes sociais que trabalha em outra instituição ressalta que:

[...] Era para estar bem avançado, era para ter muitos avanços lá no HPA, porque lá hoje é uma referência [...]. Chega muito paciente para fazer curativos lá nos hospitais. Quer dizer, tem que ter serviços básicos que poderiam ter sido realizados na Atenção Básica, mas eles vão para o hospital, porque eles alegam que lá na Atenção Básica, na Estratégia [da Saúde] da Família não tem, não realiza um curativo [...]

A equipe multiprofissional do HPA foi descrita anteriormente pelos registros no Relatório de Gestão e o mesmo foi também reforçado nas respostas ao questionário das

assistentes sociais, ao identificar como é formada a equipe desse serviço: “assistente social, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e os demais”, tendo havido ainda o detalhamento de algumas especialidades como médico clínico geral, nutricionista, dentista, ortopedista, e o técnico em saúde bucal.

As narrativas apontaram que tanto na Média Complexidade, como em qualquer espaço socio-ocupacional no qual esteja inserido o assistente social, sua intervenção se materializa influenciada pelas circunstâncias históricas e sociais que a determinam “[...] pois entende-se que o Serviço Social não atua apenas *sobre* a realidade, mas atua *na* realidade” (IAMAMOTO, 2015, p. 55, destaques da autora). Por outro lado, na esfera da Média Complexidade, o caráter tecnológico indispensável para gerir a atenção a saúde desse segmento de população, as sobreposições de percursos terapêuticos e as discontinuidades dos processos de cuidado e a espera para o acesso a consulta especializada e aos exames e à terapêutica indispensáveis a esse nível de complexidade, aliados aos efeitos dos determinantes sociais em saúde constituem aspectos discutidos exaustivamente no interior dos grupos focais e na discussão em grupo.

Nessa perspectiva, um dos desafios postos a esse nível de complexidade sobre os quais continuaremos a centrar nossa análise no terceiro capítulo, parece ser o compreender a importância do trabalho coletivo no interior das equipes de saúde a ser realizado visando construir

[...] a **necessária atuação em equipe**, tendo em vista a **interdisciplinaridade da atenção em saúde**; estimular a **intersetorialidade**, tendo em vista **realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social**, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; **tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente** com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a **participação popular e dos trabalhadores de saúde** nas decisões a serem tomadas (CFESS, 2014, p. 30, destaques nossos).

### CAPÍTULO 3

#### O LUGAR DO SOCIAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TIMON (MA): o trabalho do assistente social na Média Complexidade

---

Nos serviços de saúde de Média Complexidade o assistente social desempenha seu trabalho, predominantemente, ligado às funções assistenciais, contudo há que se considerar, que essas ações tem em si mesma, uma importante dimensão da gestão do cuidado no território. Nesses espaços de atenção à Saúde, tem sido requerido do profissional expressar a direção social do Projeto Ético-Político do Serviço Social, atuando na defesa desses usuários, com ações pautadas no compromisso com a qualidade dos serviços ofertados no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A aproximação com o território com base nos dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) permitiu conhecer os serviços de nível secundário em que atuam o assistente social juntamente com a equipe multiprofissional, os quais, conforme já assinalado, corresponde a cinco unidades de saúde: Unidade de Saúde Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira (Policlínica), Centro de Atenção Integrado à Saúde da Mulher (CAISM), Centro Integrado de Atenção Especializada Maria do Carmo Viana Neiva (CIAEE), Hospital Municipal do Parque Alvorada (HPA) e Centro de Atenção Especializada Materno Infantil (CAEMI). Nessa perspectiva, torna-se importante compreender o trabalho do assistente social no contexto do município de Timon, no campo da saúde na Atenção Secundária, a partir dos dados da **Tabela 6** e da **Tabela 07**.

Os dados identificados na **Tabela 6** revelam que houve um crescimento significativo no número de atendimentos aos usuários dos serviços de saúde de Média Complexidade, no ano de 2018, mas na transição de 2010 para 2011 houve uma redução no número de atendimentos, e em seguida, a partir de 2012 essa demanda foi crescendo a cada ano, conforme registro no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

**Tabela 6** – Atendimento do assistente social na Média Complexidade anos 2008-2018.

ANO / MÊS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
JAN	78	61	255	1728	200	1650	648	529	1252	106	3349
FEV	106	71	595	470	221	1017	673	722	1445	1005	3408
MAR	613	409	457	405	773	972	833	932	1829	1726	4003
ABR	291	476	594	598	1780	1187	1083	938	2162	2226	3045
MAI	1.013	373	530	348	804	949	1310	834	2284	1594	3483
JUN	683	259	608	436	1342	988	1192	1937	2454	1746	2393
JUL	139	565	484	391	811	1029	1091	1961	4044	2414	2496
AGO	166	534	405	398	329	1315	1034	3834	2372	3167	2998
SET	187	291	268	404	1063	1079	1134	2657	2356	3944	3368
OUT	464	444	603	418	590	890	1159	1831	3058	3753	3253
NOV	920	854	2081	713	448	958	794	2082	2458	3298	3533
DEZ	207	654	1773	329	683	544	713	1605	1069	2703	3233
TOTAL	4867	4991	8653	6638	9044	10928	11664	19862	26783	27682	38562

Fonte: Ministério da Saúde – SIA/SUS, 2019.

No decorrer dessa série histórica foi gradual o crescimento do número de atendimentos realizados pelas assistentes sociais. Um olhar atento aos números revela que entre os anos 2009 a 2010 houve um aumento significativo nos atendimentos registrados no SIA/SUS, bem como explicita numericamente o aumento apresentado entre os anos de 2014 a 2016.

Nesse sentido, os dados da **Tabela 6** corroboram com uma das narrativas das assistentes sociais que relata o aumento significativo das demandas para o Serviço Social nas instituições de Média Complexidade em Timon, conforme se observa no fragmento:

[...] as demandas eu percebo que estão cada vez aumentando no [declina o nome de um serviço]. A gente fica sem saber como fazer com o paciente: Manda para UPA? A UPA não quer receber. Manda para o Alarico Pacheco... O HUT [de Teresina] não recebe mais o nosso paciente diretamente, o paciente de Alta Complexidade. Antes era fácil, e hoje, não tem mais essa facilidade. Nós não temos onde mandar um paciente... Hoje mesmo tinha um paciente baleado, vai primeiro fazer um raio-X no Alarico Pacheco. Não é para acontecer, é para ir direto para o HUT, não é verdade? Baleado o paciente! Mandar fazer um raio-X no Alarico Pacheco é um absurdo. Eu acho! Mas a gente trabalha com o que tem e com o que pode fazer e é isso [faz uma pausa, respira fundo e se cala]

Fragmento da narrativa da 3ªAS-GF1.

Conforme assinalado nos capítulos precedentes referentes à dinâmica das necessidades em saúde e das ofertas de serviços especializados, há que se considerar que essas impactam de forma continuada no processo de atenção no âmbito do trabalho do assistente social.

Acabamos de destacar a partir de Franco e Mehry (2007) que para produzir resultados a rede de petição e de compromisso precisa se articular para produzir ações de saúde *do* e *no* território. Nas palavras dos autores, para que haja uma efetiva produção do cuidado, é necessário que se estabeleça uma articulação entre a “rede de relações existentes inter e intra equipamento assistencial analisado” o que exige o esclarecimento continuado sobre “os pedidos e compromissos assumidos entre os diversos atores implicados na arena operacional e decisória” (FRANCO; MEHRY, 2007, p. 1).

Nesses espaços socioocupacionais nos serviços públicos de Saúde de Média Complexidade a intervenção do assistente social se dá na busca da viabilização do direito dos usuários a acessar os serviços de saúde, seja por intermédio de abordagem individual, abordagem grupal, quer seja nas rodas de conversas ou nas abordagens realizadas com coletivos específicos. Nas narrativas nos grupos focais ou na discussão em grupo, as assistentes sociais destacaram o diálogo como uma potente ferramenta na realização do trabalho do *seu* trabalho, tantos nos atendimentos ambulatoriais, quanto nas unidades de internação, nos atendimentos de urgência e emergência ou nas salas de espera nos diferentes espaços sócio ocupacionais dos ambulatórios ou nos plantões sociais. Assinala Mioto (2009, p. 11) a importância do caráter educativo que se imprime às essas ações para o “acesso a direitos que são cruciais para a vida dos usuários e também no processo de construção da cidadania”.

Façamos uma aproximação desse processo de intervenção do assistente social através da narrativa de uma das participantes do primeiro Grupo Focal.

[...] essas **ações socioeducativas eu realizo na sala de espera** onde os usuários estão aguardando o atendimento.  
Fragmento da narrativa da 1ª AS-GF1.

[...]No âmbito **das ações socioeducativas tem o trabalho de democratização de informações sobre os serviços**, [...] que vai muito na linha do que 2ª AS falou: na orientação ao usuário que se dá tanto a partir de **ações de roda de conversa**,[...] como a partir do **próprio ato da entrevista social, do acolhimento ao usuário**, a partir **do diálogo você identifica quais são as demandas colocadas e quais são os benefícios e os direitos socioassistenciais que o usuário demanda**,[...] e eu **oriento a esse respeito**. Então, as **demandas socioeducativas e as socioassistenciais** são muito imbricadas [...]  
Fragmento da narrativa da 1ª AS-GF1.

Observemos que na narrativa da 1ª AS – GF1, em dois momentos do grupo, ela reitera o caráter articulado e indissociável entre as **demandas socioeducativas** e as **demandas socioassistenciais** no trabalho da assistente social, ou seja, assinala o reconhecimento de que as situações vividas pela população usuária precisam ser compreendidas em relação às **suas** necessidades em saúde.

Nessa perspectiva, enfatiza que o profissional do Serviço Social, nesse nível de complexidade, precisa [re]convocar conhecimentos de diversos campos do saber, tendo no horizonte que essa compreensão é condição necessária, mas não suficiente para bem realizar **o seu trabalho**, uma vez que o nível de compreensão é requisitado, para melhor precisar o imperativo ético, da ação a ser efetivada. Entendemos que é requerido do profissional, que esse conhecimento se alie à produção de ações que vão desde o acolher as múltiplas necessidades dos usuários, além de **orientá-los sobre seus direitos** com base na apreensão que a profissional assistente social empreende no ato de dialogar sobre **sua** vida e sobre **suas** necessidades.

Contudo, esse fazer deve estar mediado pela acolhida e pelo respeito às necessidades do usuário e de sua família e aos obstáculos à obtenção do cuidado que demanda aos serviços de Saúde ou à outras políticas sociais às quais o assistente social requisitará o estabelecimento de relações de cooperação ou a pactuação de compromissos para a criação de uma pauta de cuidados (JOAZEIRO, 2002, p. 136) compartilhados.

Esses saberes são amalhados na constância da vivência dessas relações de estabelecimento de ‘pautas de cuidados’ definidas entre as diversas equipes de cuidado [...] e as equipes do município [...] do doente ou de sua família (JOAZEIRO, 2008, p. 107).

Há que se destacar que as assistentes sociais afirmaram que realizam o **seu** trabalho, quer seja com base na apreensão das necessidades que estão adstritas a sua esfera de saber e de poder, quer seja nas situações que extrapolam o seu serviço e implicam na necessidade premente do estabelecimento de relações de compromisso que demandam à Rede de Atenção à Saúde do município, seja ela, da Atenção Básica, da Média ou da Alta Complexidade.

[...] Vou dar o exemplo da *zika vírus* porque foi um *boom*, um mosquito que causou um problema desse: a microcefalia. Uma doença, uma patologia mesmo. O que aconteceu é que a Média [complexidade] encheu de crianças com microcefalia e saiu lá direto para a Média [complexidade]. Não teve básica. O que era para ser feito na forma de evitar isso [na Atenção Básica], não foi feito e a microcefalia foi um *boom* nacional. Você pode ver que não



é só um problema da criança em si, tem uma mãe fora do mercado de trabalho, tem mais benefícios, a demanda vai ficando maior, da Média [complexidade] vai pra Alta [complexidade]  
 Fragmento da narrativa da 2ªAS-GF1.

Segundo a análise de Miotto e Nogueira (2009, p. 282) o Serviço Social no campo da Saúde para construir a integralidade e a participação social em saúde utiliza “três processos básicos, dialeticamente articulados, que conforme apontamos no Capítulo 2, as autoras os denominam como processos político-organizativos, processos de planejamento e gestão e processos sócioassistenciais. Segundo elas, a articulação “entre esses três processos é que permite estabelecer o trânsito tanto entre os diferentes **níveis de atenção em saúde**, quanto **entre as necessidades individuais e coletivas**, à medida que as ações profissionais estão, direta ou indiretamente, presentes em todos os **níveis de atenção e de gestão** (MIOTTO, NOGUEIRA, 2009, p. 282, destaques nossos).

As participantes da pesquisa, tanto nas narrativas nos grupos focais e na discussão em grupo ao abordarem suas experiências de trabalho, quanto nas respostas aos temas propostos no questionário tentaram, continuamente, colocar em palavras a diversidade de situações que atravessa o cotidiano de trabalho no atendimento à população usuária da saúde, ao mesmo tempo que, buscaram arrolar as diversas formas que utilizam para decifrar (IAMAMOTO, 2008, p. 28) as expressões da questão social. Ainda tentaram coadunar essa rede de petição dos usuários do *seu* nível de atenção à saúde presente no *seu* cotidiano de trabalho com as suas buscas incessantes de efetivar relações de compromissos que ultrapassem o campo de ação e de poder do Serviço Social, uma vez que essas necessidades remetiam a um campo híbrido muitas vezes ligado ao saber e ao poder do médico.

A produção do cuidado em saúde se dá na medida em que a gente reconhece o entendimento da importância do Serviço Social na saúde. Como um profissional que vai lidar com os condicionantes sociais do processo saúde-doença. O atendimento da saúde como bem-estar biopsicossocial, considera os determinantes sociais como condicionantes do adoecimento. Então, assim, somos nós os assistentes sociais que vamos **olhar para esses aspectos sociais, e aí eu costumo conversar com o usuário não só sobre as questões vinculadas à renda, mas questões vinculadas, sobretudo, ao apoio social que ele tem. Eu pergunto muito sobre com quem ele se relaciona? Como está a relação dele com a rede de apoio tanto da família nuclear como da família extensa? Com quem ele pode contar?** A gente...considerando isso, a gente pode inclusive, planejar uma estratégia de tratamento.

Fragmento da narrativa da 1ª AS- DG (destaques nossos).

Na narrativa a assistente social se refere ao processo sócio assistencial que lhe permitirá buscar decifrar as condições objetivas do viver, ao mesmo tempo que, busca apreender o lugar que o usuário da saúde ocupa na sua rede de sociabilidade primária e secundária (CASTEL, 2003), expressa pela indagação relativa a família nuclear e a família extensa, explicitando ainda a atenção à rede de apoio com a qual o mesmo pode ou não contar. Na alusão

Como a 4ª AS já colocou às vezes [o usuário] vai a óbito e não alcança [o acesso ao exame] e aí já entra na violência institucional. E assim, eu entendo [...], na medida em **que a gente busca trabalhar esses condicionantes sociais do processo saúde-doença, do acesso à renda, do acesso a um benefício eventual, do acesso a um bom serviço** .....Trabalhar esses condicionantes que é a **questão da moradia, orientar, democratizar informações** sobre como ele pode ter acesso ao programas habitacionais que são questões que são transversais, que são de políticas setoriais. E também a sensibilização para o **próprio cuidado**.

Fragmento da narrativa da 1ª AS-DG, destaques nossos.

Observa-se que no argumento da assistente social fica explicitado o seu modo de analisar o trabalho que realiza em face da necessidade apreendida no fragmento da história de vida do usuário. Nesse fragmento, a profissional remete ao que Martinelli (2002) tem assinalado, de que na atualidade é fundamental “reconhecer que o Serviço Social contemporâneo transita pelos meandros do público, do privado e do íntimo” (*op. cit.*, 6), uma vez que “as questões que nos são trazidas para enfrentamento estão relacionadas ao campo da intimidade, dos desejos, dos sentimentos, dos valores, com profundas implicações macrossociais” (*op. cit.*, 6),

Na esfera do atendimento à Média Complexidade num Município do porte de Timon, produzir cuidado no campo do Serviço Social da Saúde, pressupõe de **quem** realiza esse trabalho que seja capaz de conhecer em profundidade os meandros da atenção à saúde e os espaços de atenção das outras políticas sociais públicas.

A diversidade de demandas que se coloca para os profissionais da área é tão ampla, que se torna imperioso **reconhecer que o Serviço Social contemporâneo transita pelos meandros do público, do privado e do íntimo** (MARTINELLI, 2002, p. 5, destaques nossos).

A atuação do trabalho do assistente social e das diversas profissões nos Serviços de Média Complexidade, requisita e exige uma organização do trabalho marcado pela presença de diversos núcleos de saberes específicos de cada profissão indispensáveis para gerir o processo de cuidado de suas especialidades, contudo, requisita ao mesmo, que o profissional

de cada profissão seja capaz de um agir coletivo, marcado pela compreensão de aspectos advindos da dinâmica societal, que esteja atento aos riscos inerente do viver numa sociedade marcada por múltiplas formas de vulnerabilidade (BRASIL, 2005) e de riscos sociais.

### 3. Média Complexidade: números e sentidos

A saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho na sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social. No capitalismo monopolista, houve preocupação com a estruturação e ampliação tecnológica dos serviços de saúde e incorporação de outros profissionais, além do médico, pela importância econômica, política e social da questão.

**Tabela 7** – Quantidade de procedimentos realizados segundo profissional na Média Complexidade anos 2008-2018.

Profissional – CBO	Ações de Promoção e Prevenção em Saúde	Procedimentos Clínicos	TOTAL
Assistente Social	7.401	159.268	166.669

**Fonte:** Ministério da Saúde – SIA/SUS, 2019.

Corroborando com o volume de atendimentos realizados pelos assistentes sociais na **Tabela 6**<sup>7</sup>, foi identificado na **Tabela 7** os tipos de atendimentos desenvolvidos pelos profissionais, sendo classificados em dois tipos: Ações de Promoção e Prevenção da Saúde e os Procedimentos Clínicos. Na série histórica de 2008 a 2018, observa-se que foram realizados 7.401 ações de promoção e prevenção em saúde e 159.268 procedimentos clínicos, dessa forma, constata-se que o volume de procedimentos clínicos é extremamente superior ao primeiro, dada a natureza dos serviços de Média Complexidade, pois os Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) considera os atendimentos nesse nível de complexidade como procedimentos fortemente vinculados à questão da clínica, da terapêutica e do cuidado em saúde.

A Portaria n.º 709, de 27 de dezembro de 2007, institui em seu artigo 1º, que o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA Magnético), passe a ser constituído de duas formas de entrada de dados de produção, o BPA consolidado e o BPA individualizado. Nesse sentido, o parágrafo único desse artigo explica que o BPA Magnético é o aplicativo do Sistema de

<sup>7</sup> Vide **Tabela 6** à página 92.

Informação Ambulatorial (SIA/SUS), que tem por objetivo o registro dos atendimentos SUS realizados nas modalidades de atendimento ambulatorial e na assistência domiciliar, sendo o BPA consolidado com informações agregadas e o BPA individualizado com informações desagregadas, ou seja, com identificação do usuário e por município de residência (BRASIL, 2007).

O Boletim de Informação Ambulatorial permite ao usuário acessar as telas de registro de produção individualizada (BPA-I) ou consolidada (BPA-C) (BRASÍLIA, 2012, p. 9). As informações da tabela supra foram extraídas do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) no site do IBGE (2019), sendo que as mesmas explicitam que o BPA<sup>8</sup> foi dividido em dois, BPA-I e BPA-C, a partir de 2008.

O BPA-I refere-se aos procedimentos registrados pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO) do profissional, com as informações individualizadas do paciente, são elas: CNS, Nome, Data Nascimento, CID e Caráter de Atendimento, Sexo e Município de Residência. Já o BPA-C refere-se aos procedimentos registrados de forma agregada por CBO do profissional, idade do paciente em uma competência de atendimento de um estabelecimento, mediante o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Nesse sentido, a quantidade de atendimentos realizados pelos assistentes sociais na Média Complexidade é registrada por meio das duas formas: o BPA consolidado e o BPA individualizado. No período de 2008 a 2018, o BPA consolidado que registra as informações dos usuários do SUS, de forma agregada totalizou 160.449 atendimentos, por sua vez, o BPA individualizado dos usuários, se constitui num número bem menor, totalizando 2.189 atendimentos, conforme a **Tabela 8**.

**Tabela 8** – Quantidade de documentos por registro segundo profissional na Média Complexidade anos 2008-2018

Profissional – CBO	BPA-C	BPA-I	TOTAL
Assistente Social	160.449	2.189	162.638

Fonte: Ministério da Saúde – SIA/SUS, 2019.

<sup>8</sup> O BPA foi instituído pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993 (NOB 1993) substituindo as GAP - Guias de Autorização Ambulatorial até então vigentes.

Uma simples análise do volume da atenção realizada pelo conjunto das assistentes sociais que atendem a população usuária na Média Complexidade, explicita a multiplicidade de demandas, de interfaces e circuitos variados, os quais precisam ser confrontados com vistas a realizar a produção da assistência no âmbito do Serviço Social no cotidiano desses serviços.

Na série histórica entre o ano de 2013 a 2018 os serviços de saúde de Média Complexidade foram analisados com base nos procedimentos, como consultas e exames realizados pelos profissionais de saúde, buscou-se assim, recuperar na história a relação desses dados no âmbito de uma sociedade em processo de transição. Ao apreender esse período histórico ancoramo-nos na reflexão de Elias (1994) sobre sociedades, pois os dados estatísticos nos revelam que o trabalho dos profissionais de saúde se dá no território de Timon, num espaço “territorial para além da cartografia” (KOGA, 2011, p. 22), em que as pessoas estabelecem relações sociais no âmbito das sociedades que ao serem “[...] Consideradas como totalidade, são sempre mais ou menos incompletas: de onde quer que sejam vistas, continuam em aberto na esfera temporal em direção ao passado e ao futuro (ELIAS 1994, p. 20)”, por isso a importância de compreendê-la a partir da série histórica.

**Tabela 9** – Procedimentos e atendimentos realizados no CAISM nos anos 2013-2018.

<b>Procedimentos</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Consulta	7.401	7.078	7.791	7.254	6.460	6.445
Enfermagem	1.325	*	3.822	4.158	1.770	7.831
Serviço Social		*	196	176	176	536
Psicologia		*	425	498	518	570
Nutrição		*	758	760	760	694
Citologia		3.169	5.164	3.822	20.149	4.184
Mamografia	932	3.676	3.271	5.166	3.362	2.548
Colposcopia	887	842	773	804	779	742
DIU	***	***	***	0	30	15
Biópsia	208	167	204	262	278	264
Busca ativa	225	255	196	176	****	****
Cauterização	22	52	51	37	57	42
Ultrassonografia	2.489	6.213	6.054	6.457	6.305	6.834
<b>Total</b>	<b>15.333</b>	<b>23.447</b>	<b>22.162</b>	<b>45.897</b>	<b>24.679</b>	<b>28.847</b>

**Fonte:** Relatórios Anuais de Gestão da SEMS 2013; 2014; 2015; 2016; 2017 e 2018.

\* As informações do atendimento anual destes profissionais não estão registradas no RAGs de 2014, pois identificou-se apenas a demanda de atendimento mensal nos referidos relatórios

\*\*\*Informações não identificadas nos relatórios de 2013-2015

\*\*\*\*Informação suprimida nos relatórios de 2017-2018, mas o serviço continua sendo ofertado.

Assim, é importante perceber os procedimentos especializados e os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional nas instituições de Média Complexidade do campo de

estudo, para buscar apreender os sentidos dessas ações na dinâmica da Atenção à Saúde nesse nível de complexidade.

No período analisado, de 2013 a 2018, identificou-se que os atendimentos realizados pelo Serviço Social aumentaram significativamente na transição dos anos 2017 para 2018. Com relação às citologias, exames específicos para prevenção do câncer de colo do útero, houve dois períodos de redução no número de citologias, em 2014 foram realizadas 5.164; enquanto que no ano seguinte, 2015, foram 3.822 exames e 2016, registrados 2.149, o que configura uma redução significativa. No ano de 2017 foram realizadas 4.184 e já no ano de 2018 este número de citologias reduziu novamente para 2.326.

Nestes dois últimos anos a redução de citologias, bem como de consultas, refere-se ao investimento e fortalecimento dos exames citológicos e atendimentos médicos na Atenção Básica, ainda fortalecida por meio da Planificação dos serviços de Atenção Básica e sensibilização da população usuária do SUS sobre estes serviços nas UBS's. A planificação ocorre nas UBS's contempladas e os serviços de saúde funcionam durante o dia, nos turnos manhã e tarde, mediante agendamento prévio, sendo o usuário atendido no horário agendado tanto para o médico, quanto para o enfermeiro e demais profissionais das unidades de saúde do município de Timon.

Os relatórios de gestão registram a descentralização dos serviços para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que o município de Timon tem realizado um investimento neste setor, que é a sua primazia. Além disso, outro fator importante no aumento dos atendimentos foi a realização das campanhas preventivas, seguindo o calendário do Ministério da Saúde, em campanhas como de prevenção do câncer de mama e do colo do útero, em outubro, que acontece em parceria com as demais instituições do município.

O CAISM é um serviço de referência com relação a prevenção do câncer de colo de útero e mama, sendo que foram realizadas biópsias de forma regular no decorrer dos anos de 2013 a 2018, totalizando 1.383 exames. Além desses dados, no CAISM as informações referentes aos casos positivos de câncer de mama são registrados no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Ao analisar o período de abril, maio e junho do ano de 2017 e 2018, respectivamente, identificou-se que foi registrado apenas 01 casos de neoplasia positiva nesses meses de 2018. Por sua vez, os casos de lesão intraepitelial alto grau, foi registrado um caso no ano de 2017, seguido de 02 casos no mesmo período de abril a junho de 2018.

A oferta dos serviços especializados é fator primordial para o registro do aumento ou do declínio dos dados estatísticos, bem como, para o aumento da demanda pelos serviços, sendo demandada aos mesmos a oferta de serviços com qualidade.

**Tabela 10** – Procedimentos e atendimentos realizados na Unidade de Saúde Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira, Policlínica nos anos 2014-2018.

Procedimentos	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Consultas	*	29.322	27.631	21.386	21.567	21.278
Exames	*	28.024	28.016	16.013	11.315	13.662
Procedimentos de Enfermagem	*	38.965	37.998	48.692	52.453	51.990
<b>TOTAL</b>	*	<b>96.311</b>	<b>93.645</b>	<b>86.091</b>	<b>85.335</b>	<b>86.930</b>

**Fonte:** Relatórios Anuais de Gestão da SEMS 2014;2015;2016;2017 e 2018.

\* Na pesquisa documental não foi possível identificar os dados completos dos atendimentos realizados na Unidade de Saúde Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira, Policlínica, no ano de 2013.

A Policlínica é responsável por ofertar os serviços especializados nas diversas áreas médicas, bem como os procedimentos de enfermagem e dos demais profissionais de nível superior, como assistente social, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, e ainda os exames especializados.

**Tabela 11** – Procedimentos e atendimentos realizados no HPA nos anos 2013-2018

PROCEDIMENTOS	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Internações	2.741	4.416	1.603	1.154	985	824
Atendimentos – Urgência e Emergência (Clínica Médica)	54.703	59.476	60.731	76.094	84.383	74.465
Consultas Médicas Ambulatoriais	-	-	-	4.486	3.782	4.062
Enfermagem	-	-	-	106.045	299.695	261.032
Serviço Social	-	-	-	-	3.708	3.356
Exames de Raio-X	1.362	9.838	24.631	14.510	16.987	7.022
Atendimentos Odontológicos (Urgência)	6.081	5.402	3.889	7.181	9.760	7.535
Serviço Ortopédico (Gesso)	-	-	-	2.884	3.776	4.840
Serviço de Regulação	-	-	-	-	145	238
<b>TOTAL</b>	<b>154.372</b>	<b>167.833</b>	<b>192.723</b>	<b>212354</b>	<b>423221</b>	<b>363374</b>

**Fonte:** Relatórios Anuais de Gestão da SEMS 2014; 2015; 2016; 2017 e 2018.

Assim, no período de 2014 a 2015, o número de consultas médicas foi mais significativo, enquanto que nos períodos de 2016 a 2018, ele permaneceu estável. Por sua vez, os exames nos anos de 2014 e 2015 mantiveram-se estáveis, em torno de mais de 28.000

exames por ano. E a partir de 2016 registra-se uma queda na produção até o ano de 2017, e no período de transição para o ano de 2018, já se percebe um aumento em cerca de 2.347. As especialidades médicas e das demais profissões da saúde ofertadas na Policlínica, conforme aponta a **Tabela 11**, contribuem para o número significativo de atendimentos e procedimentos realizados.

No período analisado referente aos atendimentos e procedimentos realizados no Hospital do Parque Alvorada, se observa um aumento no número de atendimentos de urgência e emergência, ao compararmos os anos de 2013 e 2017, pois teve um aumento de aproximadamente 30.000 atendimentos. No entanto, na transição de 2017 para 2018 percebemos uma diminuição em 10.000 o número de atendimentos. Por sua vez, nos atendimentos de enfermagem foi identificado nos relatórios de 2016 a 2018, que houve em 2016, 106.045 atendimentos e um total de 299.695 atendimentos realizados pelos enfermeiros no ano de 2017, marcando assim, um aumento significativo no total de 193.650 atendimentos a mais.

Ainda com relação aos atendimentos, vale destacar que o Serviço Social, no período entre 2013 a 2016, não tinha seus registros sistematizados na produção do hospital. Todavia, quando as assistentes sociais passam a ser reconhecidas pertencentes a equipe multiprofissional do HPA, elas produzem atendimentos significativos, como apontados nos anos de 2017 e 2018, sendo, respectivamente, 3.708 e 3.356.

O serviço de Regulação foi implantado por meio do sistema informatizado, no município no ano de 2017, tanto no âmbito do município quanto do Estado, por meio da Central Interno de Leitos (CIL). Nesse sistema, os usuários que necessitam de um serviço especializado que não é ofertado no hospital, no âmbito da Média e Alta Complexidade, demandam acesso ao mesmo, mediante uma relação de parceria com as instituições de saúde do Estado do Maranhão e do Piauí.

Uma análise dos atendimentos e procedimentos realizados no período de 2013 a 2018 no CIAEE Maria do Carmo Neiva revelou que as especialidades na área de Psiquiatria, Psicologia, Psicopedagogia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Serviço Social são desenvolvidos de forma continuada nesse período. Por sua vez, os profissionais neuropediatras, ortopedista, enfermeiros e neurologista ingressam no serviço a partir do ano de 2018, pois no ano de 2017 o CIAEE passa a ser o Centro de Referência Especializada (CER). Observa-se ainda que a



nutricionista passa a atender no Centro no ano de 2017, sendo que em 2018 é expressivo o aumento no número de atendimentos, totalizando 8.933, em virtude do ingresso dos novos profissionais no CER.

**Tabela 12** – Procedimentos e atendimentos realizados no CIAEE Maria do Carmo Neiva nos anos 2014-2018

PROCEDIMENTOS	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Atendimento Psiquiátrico	*	542	488	781	649	537
Psicólogo	*	944	1300	868	980	1447
Psicopedagogo	*	662	909	641	940	1195
Fisioterapeuta	*	1.526	1717	1.904	1.652	2049
Fonoaudiólogo	*	668	1327	1.474	1.291	1670
Assistente Social	*	210	222	919	329	368
Terapia ocupacional	*	-	309	492	360	302
Nutricionista	*	-	-	-	49	338
Neuropediatra	*	-	-	-	-	284
Ortopedista	*	-	-	-	-	504
Enfermagem	*	-	-	-	-	124
Neurologista	*	-	-	-	-	115
<b>TOTAL</b>	<b>*</b>	<b>4.552</b>	<b>6.272</b>	<b>7079</b>	<b>6250</b>	<b>8933</b>

**Fonte:** Relatórios Anuais de Gestão da SEMS 2014; 2015; 2016; 2017 e 2018.

\* Não há registros no ano de 2013 dos atendimentos realizados no CIAEE Maria do Carmo Neiva.

A pesquisa documental nos Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Timon, entre os anos de 2013 a 2018, **tabelas de 9 a 12**, nos permitiu identificar um número significativo de procedimentos especializados, tais como, raio-x, mamografia, colposcopia, ultrassonografia, dentre outros. Além disso, possibilitou também atendimentos com profissionais das mais diversas áreas da saúde, que compõem a equipe multiprofissional de cada um dos serviços em nível de Média Complexidade no município.

Nesta perspectiva cumpre destacar, que a produção do cuidado na Saúde de Média Complexidade no campo da atenção aos agravos à saúde da população, requer a presença de saberes adstritos ao campo da Saúde para que os diferentes níveis de necessidades sociais sejam devidamente analisados e enfrentados como desafio para a garantia da defesa da vida.

No curto espaço de tempo do cuidado, os profissionais precisam identificar e compreender a natureza dos agravos à saúde, propor uma intervenção pertinente no serviço sob a sua responsabilidade, e instruir os usuários sobre a necessidade de cuidados e das terapêuticas a serem seguidas. Ou seja, a interface entre campos se constitui um ingrediente inerente e indissociável desse processo de intervenção na vida do usuário e de sua família, intervenção esta realizada em consonância com os saberes específicos nascidos de seu

patrimônio de saber oriundo de sua profissão, aqueles que Campos (2000, p. 228) denomina **saberes do núcleo de saber** e daqueles construídos na relação entre campos de conhecimentos que, de uma certa forma, emergem das histórias de vidas narradas, dos exames e do uso de tecnologias de cuidado e dos indicadores presentes em parâmetros inerentes à cada campo de conhecimento da Saúde (CAMPOS, 2000, p. 225).

Na perspectiva de compreender o cotidiano das práticas de saúde vivenciadas pelas equipes profissionais no trabalho interdisciplinar, cumpre destacar a pertinência da reflexão de Silva e Mendes (2013, p. 50) que afirmam ser o cotidiano “um espaço privilegiado para a análise e a construção de práticas e estratégias profissionais e de políticas capazes de transpor o modelo médico assistencial hegemônico”, no sentido de garantir os princípios da “equidade e justiça social” na garantia e efetivação da política de saúde.

O debate contemporâneo do Serviço Social na saúde perpassa a discussão sobre a atuação em equipes interdisciplinares:

A interdisciplinaridade é compreendida como um **processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades** que se conjugam no âmbito das profissões, através de **equipes multiprofissionais**, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 279, destaques nossos).

O agir em saúde contemplando a interdisciplinaridade também compreende a gestão do cuidado, conforme define Grabois (2011)

A integralidade do cuidado também exige que os profissionais se articulem, seja no **plano das diferentes unidades de saúde que compõem a rede**, seja entre **os diferentes serviços que compõem um hospital**. Este é um dos grandes desafios a serem superados no cotidiano do funcionamento do SUS (GRABOIS, 2011, p. 157, destaques nossos).

A integralidade do cuidado em saúde implica em reconhecer que o usuário do SUS, que os sujeitos a quem se destina a ação da equipe multiprofissional, constituem um todo, e que esse usuário dessa política precisa ser atendido em todas as suas necessidades em saúde, considerando suas condições sociais, políticas, econômicas e culturais.

A integralidade na saúde reforça a necessidade da articulação dos serviços de saúde ofertados no âmbito das instituições de Média Complexidade, assim se destaca a importância de sua integração e do encaminhamento para os demais serviços da rede de atendimento, seja ela de saúde, ou da rede socioassistencial. Na tessitura da articulação e da produção de

encaminhamentos do usuário às diversas redes, quer seja na relação dessa articulação intra setores da saúde que se denomina *Referência e Contrarreferência* dos serviços se busca materializar esse processo de circulação entre *quem encaminha e quem recebe a demanda* o protagonista do direito à Saúde, além de assegurar o próprio trânsito entre diferentes níveis de complexidade permitindo assim a garantia do direito à saúde.

O assistente social tem suas competências e atribuições privativas, conforme previsto na Lei de Regulamentação da profissão – Lei nº 8.662/93, esse conjunto de competências precisará se colocar em relação com os saberes específicos de cada uma das outras profissões da saúde, buscando compreender as lacunas e as interfaces que emergem nesses espaços de produção do cuidado.

Nessa perspectiva cumpre destacar que se faz necessário a integração e a articulação entre os profissionais e a rede de atendimento, seja no âmbito dos serviços de saúde, ou das demais políticas sociais, como Educação, Assistência Social, Habitação, Esporte, entre outras, uma vez que os usuários do SUS, para usufruir de seus direitos de cidadania, dentre eles, do direito à saúde, necessitam acessar os direitos em sua integralidade.

É preciso observar que em seus espaços ocupacionais o assistente social deve desenvolver ações e “formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde” (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004 apud CFESS, 2014, p. 27).

Corroborando com a reflexão de Matos (2015, p. 685) “o cotidiano é o espaço das respostas imediatas em todas as esferas da nossa sociabilidade, inclusive as relativas ao trabalho. Logo, se estivermos mais qualificado(a)s daremos no trabalho respostas melhores”. Acrescenta ainda, a importância dos valores defendidos no Projeto Ético-Político, que permite conceder “respostas emancipatórias para a ‘dureza’ do dia a dia - que naturaliza a desigualdade social, estimula o preconceito, desqualifica os indivíduos fora do padrão dominante” (*ibid.*, p. 685).

Matos (2015) afirma que o enfrentamento da questão social, por ser um produto do modo de produção capitalista, deve se dar coletivamente. Nesse contexto de efetivação da Política de Saúde, vale destacar a importância da atuação da equipe interdisciplinar nos diferentes espaços ocupacionais, sendo que, nesse estudo demos ênfase ao trabalho nos serviços de Média Complexidade.

A interdisciplinaridade tem sido assinalada como uma modalidade de trabalho importante, contudo, é necessário compreender “os constrangimentos históricos e concretos que se colocam à sua construção” (SILVA; MENDES, 2013, p. 50).

Conforme previsto nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2008), o profissional deve pensar e realizar uma atuação competente e crítica que consiste em estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como, atuar em equipe interdisciplinar, dentre outras tantas competências relacionadas no documento supramencionado.

Outro aspecto importante a ser analisado refere-se à intervenção do profissional na saúde, destacado pelo conjunto CFESS/CRESS, que tem definido que a mesma se dá em quatro eixos de ação, a saber: ações de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2014, p. 14).

Torna-se importante destacar que na constância da realização dos grupos focais as cinco assistentes sociais se referiram continuamente a dinâmica do dia-a-dia que se instaura no seu trabalho realizado nas instituições de Média Complexidade. Ao tentarem demarcar no que consiste o seu trabalho, que era o tema proposto para o primeiro grupo focal, todavia, em virtude da centralidade dessa temática, o tema foi por elas retomado também no segundo grupo focal.

Então, você perguntou o trabalho, mas eu queria... o que eu posso dizer assim para você? **Eu viabilizo direitos e encaminho a eles**, se a gente for olhar, tudo é direito, **mas o meu principal trabalho é esse**.  
Fragmento da narrativa da 2ª AS- GF1 (destaques nossos).

O que eu vejo é isso, **não a demanda**, [mas] **são várias**. Os pacientes dão entrada em torno da busca de atendimento, [...], tanto social como da equipe  
Fragmento da narrativa da 4ª AS- GF2 (destaques nossos).

É como se o coletivo encaminhasse a discussão na direção de tentar responder: o que é viabilizar direitos? Nessa busca as assistentes sociais enumeram suas atividades, destacando as ferramentas que utilizam no cotidiano, sempre demarcando a insuprimibilidade ontológica do cotidiano apontada por Netto (1987). Contudo uma delas aceita o desafio e elenca um

conjunto de ações, mas o faz com a explícita intenção de apreender os sentidos de suas ações. Voltaremos a essa discussão no decorrer das análises que se seguem.

### **3.1 O trabalho do assistente social na Média Complexidade**

As categorias apresentadas na introdução desse trabalho como sociedade, história, cotidiano, trabalho, território, tempo, temporalidades, memória e saúde estão expressas nas narrativas das assistentes sociais relatadas nos grupos focais e na discussão em grupo em consonância com o aporte teórico explicitados nos capítulos 1 e 2, que serão analisadas nesse capítulo.

O primeiro tema abordado no grupo focal referiu-se a dois principais trabalhos que as assistentes sociais realizam nas instituições públicas de saúde de Média Complexidade em função de serem considerados pelas participantes como trabalhos importantes à medida que permitem “a democratização de informações ao usuário, o empoderamento e a materialização daquilo que a gente [assistente social] se comprometeu com o nosso projeto ético-político” (Fragmento da narrativa da 1ª AS- GF1).

A discussão remete à necessidade de refletir e aprofundar o conhecimento sobre os múltiplos aspectos que estão presentes na Política de Saúde de forma a buscar compreender o lugar que o trabalho ocupa na Média Complexidade.

Nessa alusão ao Projeto ético-político a profissional, a participante da pesquisa remete “a tensão entre projeto ético-político e alienação do trabalho, indissociável do estatuto assalariado” (IAMAMOTO, 2008). Refere-se ainda às “particulares condições do trabalho do assistente social, o clássico dilema entre causalidade e teleologia, entre momentos de estrutura e momentos de ação, exigindo articular, na análise histórica, estrutura e ação do sujeito” (IAMAMOTO, 2009, p. 32).

O trabalho da assistente social nos serviços de saúde de média complexidade, conforme relatado pelas participantes da pesquisa tem sido desenvolvido com o objetivo de viabilizar os direitos da população usuária e está sendo desenvolvido com base nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (2014), como bem destacam as profissionais:

Os dois principais são os dois eixos, [...] o eixo socioassistencial e o eixo socioeducativo que é como a P 1 falou, dentro deles dá um monte de coisa, então, são **as rodas de conversa com os usuários**, e os **encaminhamentos socioassistenciais** e eles são importantes porque são eles que permitem a democratização de informações ao usuário, o empoderamento e a materialização daquilo que a gente se comprometeu com o nosso projeto ético-político. [...] Então, as **atividades socioeducativas** e as ações de **encaminhamento para rede** por permitir o **empoderamento do usuário**.  
Fragmento da narrativa da1ª AS- GF1 (destaques nossos).

E os trabalhos mais importantes que [...] existe lá é a questão mesmo de está viabilizando os exames dos pacientes, os exames de alta complexidade que tem lá. Chega ressonância magnética, tomografia, de urgência.  
Fragmento da narrativa da4ªAS-GF1.

As narrativas das participantes corroboram com as concepções previstas nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (2014, p. 14), conforme mencionado neste capítulo, que identificam o trabalho do profissional articulado em quatro eixos: 1.º) **ações de atendimento direto aos usuários**; 2.º) **ações de mobilização, participação e controle social**; 3.º) **ações de investigação, planejamento e gestão** e 4.º) **ações de assessoria, qualificação e formação profissional**. No eixo de atendimento direto aos usuários, se estabelecem as ações socioassistenciais e socioeducativas, e é perceptível na narrativa das profissionais que esses eixos estão presentes no conjunto desses cenários de atividades.

É fundamental reconhecer que tanto no plantão social quanto nos demais espaços que o assistente social realiza seu trabalho na saúde, ou, no caso desse estudo, nos espaços da Média Complexidade “são incontáveis as possibilidades para a realização de ações socioeducativas. Essas possibilidades se multiplicam quando se considera a diversidade de espaços em que circulam os assistentes sociais” (MIOTO, 2009, p. 507). Todavia inúmeras são as situações onde, nas narrativas das profissionais, foi privilegiada o uso da expressão “ações repetitivas” privilegiando o agir profissional em detrimento do seu caráter processual.

Refletindo sobre esse fato, Miotto (2009) destaca que se pode afirmar que “as ações socioeducativas, realizadas no âmbito dos processos socioassistenciais criam condições para que o profissional elabore, de maneira crítica e consciente, sua própria concepção de mundo e que participe ativamente na produção da história do mundo construindo uma nova cultura” (MIOTO, 2009, p. 497).

A autora (2009, p. 498) destaca ainda que as expressões orientação e acompanhamento tem sido termos “largamente utilizados pelos assistentes sociais como executores terminais das políticas sociais, e que essas expressões são utilizadas para referenciar um arco grande de ações profissionais que se desenvolvem em diversos espaços sócio-ocupacionais, ativamente na produção da história do mundo construindo uma nova cultura”.

Uma das profissionais destaca que as demandas socioeducativas e as socioassistenciais se apresentam no espaço do atendimento como necessidades inter-relacionadas, expressas nas suas narrativas, pelo uso da palavra imbricada:

No âmbito das ações socioeducativas tem o trabalho de democratização de informações sobre os serviços, que vai muito na linha do que a [2ª AS- GF1] falou, da orientação ao usuário que se dá tanto a partir de ações de roda de conversa, como a partir do próprio ato da entrevista social, do acolhimento ao usuário, a partir do diálogo você identifica quais são as demandas colocadas e quais são os benefícios e os direitos socioassistenciais que o usuário demanda, né, e coloque e eu oriento a esse respeito, então, **nas demandas da socioeducativo e socioassistencial é muito imbricado** [...] Fragmento da narrativa da 1ª AS- GF1, destaques nossos.

Na narrativa supracitada da primeira assistente social do primeiro grupo focal, ao explicitar como desenvolve seu trabalho no cotidiano e quais instrumentos utilizam, ela nos apresenta o seu olhar sobre a vida cotidiana, pois “não há sociedade sem cotidianidade, não há homem sem vida cotidiana” (NETTO, 1987, p. 65). Por sua vez, a quinta assistente social do primeiro grupo focal fala que seu trabalho é viabilizar consultas e exames, e ainda ressalta as limitações da quantidade de consultas, resultando assim na demanda reprimida, conforme segue:

Então, [...] **o nosso principal trabalho** lá mesmo, é viabilizar as consultas e exames dos pacientes que nos procuram. E **a gente tenta**, porque é como eu falei, **as consultas são limitadas, não tem**: “Pagou aqui e eu vou me consultar”. Não! A gente sabe. Fragmento da narrativa da 5ªAS-GF1, destaques nossos.

A narrativa da assistente social reitera a concepção de Costa (2009) sobre a demanda reprimida e a capacidade real e potencial de oferta “[...] junta-se a cultura institucional hospitalocêntrica e a hegemonia do saber/poder médico, bem como os interesses corporativos de instituições, profissionais e gestores dentro e fora do sistema de saúde” (COSTA, 2009, p.313).

Em outro momento da pesquisa, na resposta ao questionário a assistente social reforça como limites de seu trabalho a demanda reprimida, pois “Um dos principais limites é a carência de instrumentos que facilitam o trabalho; a demanda reprimida dos serviços, consultas e exames disponíveis não atendem as necessidades dos usuários. Isso ocorre porque o número de médicos é limitado”, e percebe-se em sua fala que a oferta de serviços não consegue atender as necessidades da população.

Esta fala corrobora com os estudos de Costa (2009, p.312), ao afirmar que “a rede ambulatorial e hospitalar geral e especializada também tem aumento de demanda sem a equivalente ampliação das equipes e da capacidade operacional”. A isso se acrescenta que o município de Timon tem investido nas especialidades médicas e no vínculo estatutário, mas a população cresce constantemente, conforme apontada na **Tabela 1**, apresentada no Capítulo 1<sup>9</sup> e a oferta de serviços de média complexidade não cresce na mesma proporção que a população timonense.

Com relação à limitação de consultas e exames, Costa (2009) explicita que “verificam-se verdadeiros esquemas de drenagem de serviços e procedimentos de alto custo da rede pública para a rede privada e/ou filantrópica conveniada” (COSTA, 2009, p. 313) ao tratar da demanda reprimida, enfatiza que é notória a mercantilização da saúde, ao transferir para o privado um serviço que é dever do Estado ofertar por meio de serviços públicos de saúde.

O trabalho do assistente social está ancorado nos princípios previstos no Código de Ética Profissional do Assistente Social, de 1993, a saber:

I- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios

---

<sup>9</sup> Cf. Tabela 1, à página 43.



deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física. (CFESS, 1993, p.23-24)

Dentre estes princípios que norteiam a intervenção profissional do assistente social destacam-se dois essenciais no desenvolvimento do trabalho nas instituições, o primeiro que reconhece a liberdade como valor ético central e o décimo ao tratar do compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população usuária. Estes são os eixos a serem seguidos em no campo de atuação, este olhar atento para as demandas dos usuários e o seu efetivo atendimento com qualidade.

Na sua fala uma das assistentes sociais registrou no questionário, o fragmento que não será aqui identificado para preservar o sigilo da pesquisa, onde assinala a importância do seu trabalho na Média Complexidade ao realizar a acolhida do usuário no serviço e, na sequência descreve como ela própria realiza o acolhimento, para explicitar como o assistente social intervém na garantia de direitos, a saber:

Faço o **acolhimento preenchendo fichas que traçam o perfil do mesmo** e encaminho para as terapias indicadas pelos médicos especialistas. As minhas **ações têm cunho socioeducativo**. Como diz, a nossa Iamamoto, tornando possível o acesso aos direitos e meios de exercê-los, como também contribui **na defesa e ampliação dos direitos**, afirmando compromisso com os direitos e interesses dos usuários, em especial no meu caso, pessoas com deficiência (destaques nossos)

Assim, a narrativa da assistente social ao retomar o pensamento de Iamamoto (2008) reitera seu compromisso com os princípios éticos da profissão e as ações pautadas nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na saúde, ao destacar que suas ações são de “[...] cunho socioeducativo”, bem como, que essas ações tem no horizonte a direção da garantia de direitos dos usuários.

Na análise a seguir a profissional revela no fragmento que o trabalho desenvolvido nos níveis de Média e Alta Complexidade, não teria diferenciação entre si, já que destaca a semelhança dos desafios postos em ambos os níveis.

[...] eu falei também um pouquinho do privado, eu trabalho [na] Alta Complexidade e trabalho na Média Complexidade que é aqui [...]. Os trabalhos são muito parecidos, **não há muita diferenciação da Média para Alta**, em termos [do] nosso trabalho, pode ser que exista nas outras áreas. Não tem muita diferenciação das duas, são muito parecidos os trabalhos,

assim, se eu for para **Atenção Básica**, vai mudar? Eu acredito que não, acredito que a gente pode trabalhar com público diferente, mas a **viabilização de direitos, encaminhamento, orientações** praticamente são as mesmas. Pode ser que o modo da gente trabalhar seja diferente em termos de usuário, mas no nível de média complexidade eu não vejo muita diferença não. O meu trabalho é praticamente o mesmo. Os mesmos profissionais, a rede, a equipe multiprofissional que é diferenciada, aqui é uma [...], lá é outra [...] totalmente diferente.

Fragmento da narrativa da 2ª AS- GF1, destaques nossos.

Vejamos a concepção do trabalho do assistente social expressa por Yamamoto (2008) que assinala que um dos elementos constitutivos do processo de trabalho é o trabalho enquanto atividade humana, isto é, a força de trabalho em ação é o elemento vivo e subjetivo do processo de trabalho.

Assim, mesmo em níveis de complexidade diferentes o assistente social tem o direcionamento de sua atuação conforme analisa a autora. A participante da pesquisa destaca que não tem distinção entre o trabalho do assistente social na média e na alta complexidade, uma vez que, na sua perspectiva analítica, o sentido do trabalho profissional seria o de viabilizar direitos para os usuários.

Ainda com relação ao trabalho do assistente social na Média Complexidade, conforme já assinalado no Capítulo 2, é constitutivo de seu trabalho realizar a “decifração da realidade” (IAMAMOTO, 2007, p. 28) e a constante busca por “desvendar” as aparências e alcançar a essência da questão social as assistentes sociais narraram como desenvolvem o seu trabalho na atenção em nível de Média Complexidade e o seu empenho na produção do cuidado em saúde, no conjunto das profissões.

E nesta busca por desvendar a realidade, a narrativa da assistente social expressa seu olhar atento para a falta de realização de exames de citologia pelas mulheres atendidas no serviço especializado e sua consequência na vida da mulher, pois a falta de ações preventivas e o cuidado da mulher com sua saúde pode resultar em doenças mais graves, como o câncer, como se pode observar no trecho abaixo:

Essas mulheres **não têm feito citologia**. Têm gestantes aqui que a gente pergunta quando foi sua última citologia e tem umas que está com seis anos que fez a última citologia e está com dois partos recentes, um parto recente. Então, **essas mulheres não estão fazendo exames citopatológicos mesmo durante a gestação ou depois da gestação**. Então, elas não estão. E por que não estão? Quando elas chegam para gente no [declina o nome da instituição], **elas já chegam com lesões**, quando aparecem os sintomas já está num nível bem [elevado].

Fragmento da narrativa da 1ª AS-DG, **destaques nossos.**

No relato da assistente social supracitada apreende-se a relação com os dados crescentes de mortalidade prematura decorrente de neoplasias malignas no município de Timon, conforme apresentado no Quadro 3<sup>10</sup>, pois como é apontado pela profissional “[...] essas mulheres não estão fazendo exames citopatológicos mesmo durante a gestação ou depois da gestação”. A profissional expressa sua preocupação pelo fato desta ação preventiva de realizar os exames, está sendo negligenciada. Fato que compromete a possibilidade de que essa mulher venha a ter acesso ao serviço especializado antes de ter uma lesão indicativa de câncer de colo do útero. Outro aspecto importante, relacionado ao trabalho do assistente social na média complexidade é apontado pela mesma participante do grupo focal referente à outra instituição, conforme segue:

[...] como lá é com gestantes, as discussões também são vinculadas **ao processo de gestação, são os direitos sociais das gestantes, não só daqueles vinculados ao programa bolsa família, o benefício variável gestante nutriz, mas a questão do benefício ligado ao segurado especial da previdência ou aqueles que não são segurados.** A gente trabalha com pouquíssimos segurados, a maioria das mulheres que [...] o perfil das mulheres é de **mulheres em condição de vulnerabilidade social, sem vínculo empregatício, a maioria é beneficiária do Programa Bolsa Família.**

Fragmento da narrativa da 1ª AS-DG, destaques nossos.

Percebe-se que é um saber específico do Serviço Social orientar sobre serviços e benefícios sociais da Política de Seguridade Social - Saúde, Previdência e Assistência Social. Assim, na fala a participante reforça a sua competência profissional como assistente social de discutir sobre esses direitos com as usuárias mulheres. Essa análise da participante remete à concepção de Campos (2000) sobre núcleo de saber, que na constância desse depoimento, quer indicar o que é específico do Núcleo de saber do Serviço Social.

As informações constantes nos questionários expressam o olhar das profissionais de Serviço Social para o seu trabalho e indica, de certa forma, a compreensão que as mesmas possuem sobre o seu trabalho que realizam e como elas o desenvolvem no âmbito das instituições. Fazemos uma aproximação de suas narrativas

No CAISM é realizado o

---

<sup>10</sup> Cf Quadro 3 à página 49

[...] Atendimento direto as usuárias, digo, a partir de ações socioeducativas em salas de espera e ações socioassistenciais de articulação com a rede, tendo em vista a garantia de acesso a serviços, programas e projetos disponíveis no município; Visitas domiciliares, com vistas a identificação da rede social de apoio das usuárias com diagnósticos positivo, bem como para estudo social e, por conseguinte, o encaminhamento aos serviços da rede de atenção à saúde e rede socioassistencial; Acolhimento e orientação às usuárias e familiares; Realização de encaminhamentos à rede intersetorial de serviços as usuárias que apresentem demanda espontânea.

#### No CIAEE Maria do Carmo Neiva

O Assistente social é responsável pelo acolhimento institucional ‘triagem’. Depois de fazer esse acolhimento e verificar o perfil desse usuário, preenche-se uma ficha social (perfil socioeconômico) onde traçamos o perfil social e econômico do usuário e seus familiares. Depois do acolhimento, o referido usuário é encaminhado para as terapias, de acordo com a deficiência descrita no laudo médico especializado. Caso não haja vaga o mesmo é colocado em uma fila de espera. Essa fila de espera é organizada pelo Serviço Social, como também o andamento da mesma.

Esse tempo da fila de espera nos remete a temporalidade do relógio, pois é “marcado pelo inexorável movimento dos ponteiros” (JOAZEIRO, 2018, p. 42), uma característica identificada em nosso estudo e presente nos serviços de saúde de Média Complexidade.

A profissional ainda acrescentou que “No decorrer dos atendimentos diários a assistente social é responsável pelos encaminhamentos desses usuários para a rede municipal (saúde, educação, Auditoria, etc.), seguindo suas necessidades, como também encaminhamentos para o Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Auditoria.

A assistente social enumera as ações que realiza no trabalho na instituição:

- Visitas domiciliares;
- Atendimento individual ou grupal;
- Recadastramento anual;
- Organização dos prontuários;
- Orientação sobre benefícios assistenciais;
- Declaração de atendimento;
- Declaração mensais para recebimento de ajuda de custo (usuários zona rural);
- Encaminhamento para tratamento fora do domicílio – TFD
- Orientação e entrega de formulários para passe livre;
- Entrevistas;
- Visitas institucionais (instituições públicas e privadas);
- Acompanhamento social;
- Estudo social;
- Acompanhamento familiar.

Por sua vez, no HPA o trabalho das assistentes sociais consiste em

Mediar e viabilizar ações e demandas manifestadas pelas clientes. Agendamentos de consultas, exames, cirurgias e outras. Visitas as enfermarias. Fazer contatos com redes, agendar transporte para transferir e encaminhar pacientes, acionar SAMU para transporte de pacientes graves, entrar em contato com familiares de pacientes que vai a óbito, contribuir no fortalecimento dos mesmos. Encaminhamento a serviço de saúde de outras instituições, emitir declaração social, atendimento social.

Ampliando a visão das profissionais acrescentaram que

Faço visitas as enfermarias, buscando conhecer os pacientes, que estão em cada leito, agilizando os exames de imagens, laboratoriais e raio-X. Vendo se é necessário o paciente sair do hospital, só para realização de exames ou outras condutas médicas. Quando percebo que o paciente tem sinais de maus tratos, faço uma visita domiciliar a procura de um acompanhamento, que possa cuidar do mesmo aqui nesta unidade hospitalar.

Por fim, na Unidade de Saúde Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira, Policlínica a participante do estudo destaca,

O trabalho do Serviço Social na Policlínica inicialmente se realiza com o acolhimento, informando os serviços oferecidos na instituição, desenvolve ações socioeducativas e também demandas identificadas pelos usuários e servidores. O Serviço Social também atua agilizando consultas e exames.

Uma análise atenta revela a perceptiva analítica das participantes do estudo, que indica que no centro da prática do conhecimento das mesmas, está à busca do deciframento da realidade apontado por Yamamoto. Contudo, como as dimensões a serem analisadas são múltiplas elas explicitam os diversos instrumentais que utilizam para produzir essa aproximação da população usuária, que lhes permite, ao mesmo tempo, que criam uma aproximação de suas vidas mediada pelas palavras nos momentos de entrevistas, contatos, orientações, lhes possibilitam criar estratégias para gerir o seu trabalho na direção, ora das equipes de cuidado, ora na direção da gestão, ora voltados para a rede de atenção à saúde e as redes de atenção de outras políticas sociais que atuam sobre as múltiplas dimensões da vulnerabilidade, dos riscos sociais e das fragilidades geradas pelo processo de adoecer e tratar.

### 3.2 Questão social e vulnerabilidade social no trabalho do assistente social

Na questão social, matéria-prima de trabalho do assistente social é perceptível que a vulnerabilidade social marca as narrativas das participantes da pesquisa, que recuperam na memória como identificam as vulnerabilidades no seu cotidiano profissional, e como essa categoria expressa os Determinantes Sociais da Saúde e o olhar e intervenção das assistentes sociais nesse contexto marcado por múltiplas expressões da questão social.

O significado social da profissão só pode ser compreendido em sua inserção na sociedade. Assim, para entender o significado social da profissão “[...] 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” (YAZBEK, 2009, destaques nossos).

Conforme Netto (2006), é só a partir da concretização das possibilidades econômico-sociais e políticas segregadas no estágio dos monopólios que a questão social se põe como alvo de políticas sociais. A questão social é revelada pelas participantes da pesquisa associada as situações de vulnerabilidade social, conforme registro de suas respostas aos questionários:

Pessoas com estado de vulnerabilidade social, em todos os aspectos, saúde, educação, moradia, nutrição, problema sério. Desemprego, sendo que todos esses aspectos contribuem para evolução de doenças no indivíduo como um todo. (4ª AS-Q)

Pobreza, desemprego, insegurança alimentar, violência (com recortes – gêneros), analfabetismo e /ou baixa escolaridade, acesso precário ao trabalho, insegurança habitacional, dentre outros. (1ª AS-Q)

A situação de desemprego prevalece nas respostas, seguida da vulnerabilidade social, pobreza, violência e aspectos relacionados a vínculos familiares e violência. A vulnerabilidade social é ressaltada por quatro dentre as profissionais.

Ancorados na reflexão de Yamamoto (2008) da questão social como “o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista”, as narrativas das assistentes sociais revelam a concepção da autora e as suas expressões se manifestam diretamente nos serviços de saúde nas quais as profissionais atuam e cotidianamente buscam estratégias para seu enfrentamento.

Ainda, percebe-se na fala de uma das profissionais a concepção de pobreza ao se referir a vulnerabilidade social.

Retomando a discussão do capítulo 2, sobre necessidades humanas básicas e de saúde, bem como dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), é importante perceber que as assistentes sociais consideram os DSS, ao relacionar a questão social com os fatores sociais mais amplos e vinculados a outras políticas sociais públicas transversais à política de saúde.

No que diz respeito a vulnerabilidade social as assistentes sociais no decorrer dos grupos focais destacaram explicitamente esta categoria como marcante no processo de desenvolvimento de seu trabalho e o reconhecimento dessa vulnerabilidade como o perfil dos usuários a quem se destinam suas ações, conforme seguem os fragmentos:

Você se depara com usuários que estão em **condições de vulnerabilidade** e você liga para gerência de proteção básica e não tem recursos para benefício eventual, por exemplo. Então, você olhar para o usuário que disse que o último arroz fez ontem e você ter que acolher e desejar força e... Porque acaba sendo uma coisa nesse sentido, mas você acaba fazendo um trabalho mesmo que uma escuta reflexiva, qualificada, de acolhimento enquanto pessoa, enquanto profissional. Então, ao mesmo tempo que você acolhe e dá essa relação, você tem que falar também de direitos e dizer que é um direito, ter que falar o cenário. Um cenário realmente difícil e a tendência é que piore. Então tem sido muito desafiador acolher o usuário, empoderar ele, dar uma autonomia para ele em relação a andar com as próprias pernas e ir atrás dos direitos e ao mesmo tempo dizer que esse direito está sendo cerceado, antes de ser garantido porque não tem o serviço e o benefício não existe. Fragmento da narrativa da 1ªAS-GF1 (destaques nossos).

A condição de vulnerabilidade social existe, mas a profissional tem o compromisso de esclarecer para o usuário sobre as suas possibilidades de intervenção, conforme previsto no Código de Ética do Assistente Social, porque como ela afirmou tem o cenário, a conjuntura social, política e econômica, que se traduz na forma de regressão de direitos, de dificuldade de acesso às políticas públicas, de desemprego. E por sua vez, a assistente social reforça o quanto é desafiador trabalhar nessa perspectiva de por um lado empoderar o usuário, esclarecer sobre seus direitos e por outro lado, dizer para ele que o seu direito não será garantido. Remonta mais uma vez a dupla vinculação e o caráter contraditório da nossa profissão, que esbarra nos limites institucionais.

Ao tratar da vulnerabilidade social relaciona-se com a dimensão de território do município de Timon, pois como abordado no capítulo 2 sobre o território dos distritos sanitários que compõem a cidade de Timon, existe outro território, que são os territórios da

área de abrangência dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e estes vinculados à política de assistência social, mas que correspondem ao mesmo público que é atendido nas instituições de saúde.

O município de Timon tem cinco CRAS e conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), cada CRAS deve atender a 5.000 famílias do território e os dados nos apresentam que o município de Timon tem 155.460 habitantes (IBGE, 2010). Então a quantidade de CRAS, que compõe a rede de assistência social não consegue atender em sua totalidade todas as famílias em situação de vulnerabilidade social, que conforme descrito no capítulo 1, corresponde a 34.784 famílias (MDSA, 2018). São famílias que vivem em condição de pobreza, extrema pobreza, que seus direitos enquanto seres humanos foram negados de viver em condições dignas e ainda tem a questão social vinculada à saúde para enfrentá-la. É no “território vivido” (SANTOS, 2006) que estas famílias estabelecem suas relações sociais e se utilizam e acessam as políticas públicas de saúde, assistência social, habitação, educação, dentre outras distribuídas no território de Timon.

Assim, demonstra que os usuários que buscam os serviços de saúde, eles necessitam ter suas necessidades humanas básicas atendidas e por sua vez, na rede de atendimento socioassistencial ele não tem a cobertura completa de suas necessidades, como expresso em um dos depoimentos da assistente social da discussão em grupo: “[...] o usuário que chega pra mim e diz o último arroz eu fiz ontem [...]” (Fragmento da narrativa da 1ª AS-DG), o que nos apresenta a necessidade básica e ele ainda precisa buscar os meios para atender suas necessidades de saúde, como se observa no relato a seguir:

Então, eu vejo nessa perspectiva de trabalhar os aspectos sociais que é importante que se considere né os aspectos sociais no processo saúde-doença, romper com essa questão só do biológico-curativo, já tá com outro modelo de enfrentamento e eu acho que considerar o social é muito importante porque rebate diretamente no usuário que ele não tem o que comer, ele não tem como sair de casa pra ir pra uma consulta, ele não tem... **o usuário que chega pra mim e diz o último arroz eu fiz ontem**, e ele está com as taxas alteradas de diabete de hipertensão, não adere ao tratamento eu não posso categorizar esse usuário como um usuário teimoso, um usuário que não é sensível a causa dele. Que condições objetivas esse usuário tem de comer bem, de fazer uma dieta como a nutricionista prescreveu, que o médico orientou ou usar a medicação... que nível de compreensão ele tem, que escolaridade ele... para ele entender aquele manejo, aquelas questões que o médico colocou, não é? Então eu vejo nesse sentido que faz sim a diferença, não é?

Fragmento da narrativa da 1ªAS-DG (destaques nossos)



Nesse fragmento a assistente social se refere a um acontecimento no seu cotidiano profissional recupera a memória sobre a vulnerabilidade a qual vivenciam os usuários, assim, retomamos a categoria memória, pois em Bosi (2003) diferente da história cronológica, a participante narra “outra história mais densa de substância memorativa no fluxo do tempo” (op. cit., p. 11).

Ainda nesse contexto, outra assistente social do segundo grupo focal percebe a importância dos Determinantes Sociais da Saúde no processo saúde-doença, ao reconhecer que os casos de erisipela em que “não é só um carocinho, aí cresce e fica meio avermelhado [...] com calor no local, isso é rotineiro, os ferimentos infectados maltratados em casa” (Fragmento da narrativa da 3ª AS-GF2). Assim, segue relacionando essa doença com os Determinantes Sociais da Saúde, ao remeter a vulnerabilidade social em vários aspectos, pois “Às vezes até por falta de uma alimentação adequada, tomar água, tomar bastante líquido, higienização, aí causa os ferimentos” (Fragmento da narrativa da 3ª AS-GF2), ao demonstrar que as condições de alimentação inadequada e higiene são determinantes para a saúde da população.

Sobre os Determinantes Sociais da Saúde e sua relação com o processo saúde-doença a primeira assistente social da discussão em grupo, dialoga com a outra participante ao destacar que “as principais demandas estão vinculadas à condição de vulnerabilidade social que as usuárias apresentam. Então, muitas dessas situações vivenciadas por essas usuárias, elas rebatem diretamente no processo de saúde-doença [...]” (Fragmento da narrativa da 1ª AS-DG), e essa narrativa é reiterada na resposta da mesma assistente social ao questionário, pois enfatiza que “as principais demandas apresentadas decorrem da condição de vulnerabilidade social vivenciada pelas usuárias e que rebatem direto no processo saúde-doença, a saber insegurança alimentar e renda, desemprego, baixo ou precário acesso a serviço da rede intersetorial, dentre outros correlatos”, isto é, a insegurança alimentar e de renda, bem como o desemprego são outros fatores apontados pelas participantes como Determinantes Sociais da Saúde e que interferem diretamente no processo saúde-doença dos usuários do SUS.

Nas narrativas das assistentes sociais for recorrente a reafirmam do que apontamos no capítulo 1, tomando por base as análises de Miotto e Nogueira (2009, p. 229), de que os fatores relacionados aos “níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de

acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde” expressam os determinantes das condições de saúde da população usuária atendida nos diversos serviços analisados no estudo. E como tal as assistentes sociais insistentemente buscaram expressar os múltiplos desafios para apreender e decifrar as expressões da questão social na dinâmica do cuidado nos seus cotidianos de trabalho.

Interessante enfatizar a reflexão da segunda assistente social no grupo focal, que tratou da questão do processo saúde-doença e o olhar diferenciado da profissional de Serviço Social para com o dos médicos e enfermeiros, a saber: “[...] a gente estuda uma coisa e a medicina estuda outra. Essa parte de saúde-doença está muito ligada com médicos e enfermeiros. A gente já tem outro entendimento, apesar da gente ser uma profissão que chegou muito mais tarde na saúde” (Fragmento da narrativa da 2ª AS-GF1), reconhecendo ainda que o saber do Serviço Social, profissão que é mais recente na área da saúde, que segundo Bravo e Matos (2007) é na década de 40 a inserção do assistente social na política de saúde.

Registra-se que ao indagar sobre as demandas dos usuários é outro momento do grupo em que emerge a discussão sobre vulnerabilidade social,

[...] A gente faz a visita aos nossos pacientes, a maioria das vezes, como eu mencionei agora pouco, são pacientes que chegam lá debilitados, né, com vulnerabilidade social, na maioria das vezes como o geral... porque é debilidade social... a **vulnerabilidade social** hoje é completa, né, e aí dependendo do nosso... da nossa expectativa, a gente vai tentar melhorar, sanar a situação de saúde de cada paciente, a gente visita todos os dias esses pacientes e vê a demanda, todos dias esses pacientes dentro da unidade. [...] Fragmento da narrativa da 4ª AS-GF2 (destaques nossos).

[...] Às vezes, já aconteceu realmente de chegar pacientes lá e não ter como fazer o exame e a gente orienta eles, né? Nessa questão dos orçamentos pra poder tá levando lá na auditoria pra secretaria arcar, porque isso existe. Outros não tem paciência de esperar, mas aqueles que não têm **condições financeiras** eles aguardam. Fragmento da narrativa da 5ª AS-GF2 (destaques nossos).

A análise atenta das narrativas das participantes encontra-se presente o perfil dos usuários do SUS, em situação de vulnerabilidade social. Este aspecto se opõe ao acesso universal que o SUS preconiza, uma vez que para o Serviço Social na Média Complexidade, são demandas recorrentes no serviço público de saúde, as de vulnerabilidade e risco social. Ainda se acrescenta a fala de uma das participantes sobre vulnerabilidade social:

Hoje mesmo aquele, o marido da dona [declina o nome da usuária], entrou na sala e disse: “Olha, eu quero lhe agradecer. Minha mulher fez o exame,

está tudo bem, paguei R\$1.200,00 pela ressonância, mas eu lhe agradeço muito. A você e outra que estava aqui ontem”. Eu falei o teu nome, [refere-se a outra participante]. Aí, ele disse assim: “Muito obrigada por ter nos informado. Para não ficar esperando, para não esperar por um exame que não vai acontecer daqui para segunda-feira, porque o caso da minha esposa é grave e tinha que fazer logo esse exame”. Ele pagou R\$ 1.200,00 parcelado no Credishop e disse que a família vai ajudar a pagar o exame.  
Fragmento da narrativa da 3ªAS-GF2.

Nessa narrativa da terceira assistente social ao recuperar na memória as falas dos usuários atendidos nos serviços, no seu cotidiano profissional, recorremos a Bosi (2003), uma vez que “A memória opera com grande liberdade escolhendo acontecimentos no espaço e no tempo, não arbitrariamente, mas porque se relacionam através de índices comuns” (BOSI, 2003, p. 11).

Ainda, acrescenta-se que a condição de vulnerabilidade social não impossibilita os usuários a buscarem os serviços privados de saúde, em virtude da urgência de obter respostas para as necessidades de saúde, e preferem pagar por um serviço que é ofertado, como manifestou uma das participantes no fragmento supracitado. Fator esse que ao revelar a urgência de acesso aos exames especializados é marcada pela temporalidade do relógio e do cuidado (JOAZEIRO, 2009), conforme mencionado na introdução. Outro aspecto identificado na narrativa supracitada é a mercantilização dos serviços de saúde, e se o serviço público não concede as respostas às necessidades do cidadão, é necessário que este recorra aos serviços privados de saúde.

### **3.3 A instrumentalidade e o planejamento no Serviço Social**

O uso da linguagem no trabalho do Serviço Social, como relata a participante da pesquisa, ao narrar sobre sua abordagem e escuta do usuário “onde a gente faz aquela abordagem da necessidade de cada usuário. Então, eu abordo através de conversa, tento descobrir o que que traz ele lá na [declina o nome da instituição] e a maioria das vezes é como eu falei, é a questão do atendimento, os especialistas [...]” (Fragmento da narrativa da 5ª AS-GF2), e no mesmo sentido de considerar o diálogo, a linguagem como matéria-prima do Serviço Social, pois segundo Iamamoto (2002, p.101) “o Serviço Social, como uma das

formas institucionalizadas de atuação nas relações entre os homens no cotidiano da vida social, tem como recurso básico de trabalho a linguagem”.

A forma como o trabalho da assistente social é desenvolvida revela o uso da instrumentalidade, bem como dos instrumentos e técnicas, como expresso nas narrativas abaixo:

[...] a gente tem as atividades diárias [...] **visitas domiciliares, atendimento individual ou grupal**, a gente tem **recadastramento que a gente faz anualmente**. [...] todo ano eu fico fazendo o recadastramento dessas mães, aí, crianças e adolescentes, **organização dos prontuários, orientação sobre benefícios assistenciais, declaração de atendimentos, declarações mensais para recebimento de ajuda de custo para o pessoal da zona rural.**[...] Aí tem **encaminhamento para tratamento fora de domicílio** que é o velho TFD que a gente já conhece, é [...] orientação e entrega de **formulários para passe livre** que é o interestadual. O [formulário] municipal eu sempre **deixo a cargo do CRAS**, não é? E as visitas institucionais que a gente também faz, a gente visita as instituições, no caso a gente visita o **Ministério Público, Defensoria**, qualquer mudança de **processo que precise de algum pai e mãe** [...] **negligência** que eles chamam... E tem o **acompanhamento social** que eu faço, **estudo social, e o acompanhamento familiar** e mesmo você fazendo, assim.  
Fragmento da narrativa da 2ªAS- GF1 (destaques nossos).

[...] estudo social, não é um acompanhamento social, você faz o **estudo social**, dá o **parecer**, mas o **acompanhamento familiar** eu vou fazer visitas, chamo para conversar, anterior a nossa reunião eu estava fazendo um acompanhamento porque agora eu vi uma quantidade de desrespeito à instituição, faltando, quer voltar na hora que quer, e eu tô pedindo o comparecimento das mães, a lista de espera, isso aí não existia, mas agora eu comecei a colocar porque tão reclamando demais que a fila não anda.  
Fragmento da narrativa da 2ª AS- GF1 (destaques nossos).

Observa-se esse esforço da participante do grupo de realizar um processo de aprofundamento gradual de sua análise à medida que a mesma vai, no decorrer de sua análise, elaborando uma lista descritiva de procedimentos, ao mesmo tempo realiza uma organização temporal separando atividades diárias, semanais, anuais e as eventuais. Retomamos a categoria temporalidade, quando a segunda assistente social relaciona suas atividades nessa organização temporal, e alude a “temporalidade burocrática, aquela que predefine a relação do saber com o contínuo do tempo” (JOAZEIRO, 2018, p. 42).

Na sua narrativa se apreende que o fio condutor que marca o processo de sua análise vai na direção de buscar encontrar a atividade mais específica da intervenção do assistente social, separando as de realização frequente, daquelas de maior complexidade.

[...] Aí tem **encaminhamento para tratamento fora de domicílio** que é o velho TFD que a gente já conhece, é [...] orientação e entrega de formulários para passe livre que é o interestadual. O [formulário] municipal eu sempre deixo a cargo do CRAS, não é?  
 Fragmento da narrativa da 2ª AS- GF1 (destaques nossos).

No percurso de sua narrativa a participante do grupo revela sua intimidade com o trabalho realizado e com os sentidos dessa atividade para o usuário do serviço de saúde, mas também se preocupa com o motivo de estar presente naquela atividade de grupo focal, e por isso brinda a todos os presentes com uma rica narrativa que ao mesmo tempo que descreve o seu fazer explicita sua reflexão sobre os sentidos dessa ação. Apreende-se de sua narrativa o processo de reflexão que se instaura na constância de sua participação, à medida que descreve as atividades que realiza num cotidiano marcado por múltiplas convocações, a assistente social, delinea num curtíssimo espaço de tempo uma densa reflexão sobre os itinerários de seus saberes. Processo explicitado, por exemplo, ao situar no tempo e na história recente desde os primórdios da implantação do SUS o direito a requerer o Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Ao utilizar a expressão “o velho TFD” alude ao tempo que decorre da instauração desse direito<sup>11</sup>, e da diminuição gradual de seu alcance para a população que precisa deixar sua cidade em busca de acesso a cuidado de saúde mais complexos.

Na indagação sobre “O [formulário] municipal eu sempre deixo a cargo do CRAS, não é?”, ela revela através da pergunta final que está se referindo a uma norma cara à profissão de respeitar a “rede de petição e de compromisso” que se instaura no território, de forma a preservar as ações que competem à rede de atenção socioassistencial da Política de Assistência Social para que sejam realizadas por estas, evitando retrabalhos e sobreposição de ações entre as políticas sociais públicas.

Ainda valorizando a potência da narrativa da participante do Grupo Focal, retomamos o fragmento onde a mesma atinge o maior nível de complexidade presente no seu trabalho, quando para além das situações de agravos à saúde, de busca de acesso a consultas e a exames especializados, elas são demandadas a produzir uma consistente interface entre a realização de “visitas institucionais que a gente também faz, [...], no caso a gente visita o **Ministério**

---

<sup>11</sup>Portaria Nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.

**Público, Defensoria**, qualquer mudança de **processo que precise de algum pai e mãe** [por] **negligência** que eles chamam. E tem o **acompanhamento social** que eu faço **estudo social, e o acompanhamento familiar**” (destaques nossos).

Trata-se da interface entre violação de direitos e a defesa dos direitos individuais ou sociais que é parte inequívoca do trabalho do assistente social. Ao declinar que nas situações de suspeita ou de confirmação de negligência a necessidade de saber diferenciar o uso dos instrumentos da profissão, dentre eles enumera o **acompanhamento social**, do **estudo social** e o **parecer** (destaques nossos).

Santos e Noronha (2011, p. 51) assinalam que os instrumentos privilegiados na bibliografia técnica do Serviço Social tem sido: o parecer, que se explica em função do grande número de assistentes sociais que trabalham no Poder Judiciário e na Vara da Infância e Juventude, a entrevista, a reunião de grupo e a visita domiciliar (op. cit., p. 51).

O processo de escolha dos instrumentos não é neutro, ele é feito levando em consideração as condições objetivas do trabalho, as finalidades da ação, da profissão e da instituição, “bem como pensar sobre a demanda, sua funcionalidade frente a realidade em que a população está inserida, as habilidades necessárias ao seu manuseio e seu compromisso ético político” (SANTOS; NORONHA, 2011, p. 50). É esse percurso que transita entre o sentido empírico da escolha e do uso dos instrumentos e o sentido epistemológico e técnico-operativo que a participante do grupo explicita em sua narrativa.

Conforme Guerra (2009) a instrumentalidade é uma propriedade ou um determinado modo de ser que a profissão adquire dentro das relações sociais, no confronto entre as condições objetivas e subjetivas do exercício profissional. Portanto, é uma propriedade sócio-histórica da profissão que possibilita aos assistentes sociais definirem sua intencionalidade através de respostas profissionais, uma vez que é por meio da instrumentalidade que o profissional modifica as condições e relações interpessoais e sociais existentes no cotidiano.

Ao se utilizar da instrumentalidade o assistente social dispõe de instrumentos e técnicas, que são um dos elementos constitutivos da dimensão técnico-operativa, sendo o modo de aparecer da profissão, onde é revelado a sua imagem (GUERRA, 2009). Segundo Martinelli e Koumrouyan (1994) instrumental é um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional; o instrumento é a estratégia que se realiza ação; e a instrumentalidade é a habilidade no uso do instrumento.

Assim, na narrativa das profissionais são expressas a instrumentalidade e os instrumentos e técnicas utilizados no trabalho do assistente social, estando em consonância com as concepções das autoras citadas, pois expressam a intencionalidade do profissional e como desenvolvem seu trabalho.

Nesse sentido, acrescentam-se às respostas aos questionários das assistentes sociais referentes ao uso de instrumentais, pois se indagava: Quais são os instrumentos e técnicas de intervenção utilizados em seu trabalho como assistente social?

Entrevistas, acolhimento (escuta ativa), visitas domiciliares e institucionais, trabalho em grupo, reuniões, estudo social, parecer social. Acompanhamento social (2ª AS-Q).

**Acompanhamento social** a pacientes internos, **relatórios**, registros, fichas, **encaminhamentos**, **declaração social** e **visitas aos leitos** de pacientes. **Escuta individualizada**, **evolução diária**, **censo**, **aconselhamento social**, **individual** e **grupal** (4ª AS-Q).

Na realidade o trabalho da assistente social em uma instituição requer o uso da entrevista, porém diante das dificuldades em padronizar rotinas e procedimentos de intervenção, devido as dificuldades de instrumentais, das condições de trabalho, o profissional precisa usar a criatividade, trabalhando de forma limitada, atuando apenas com os poucos instrumentos que a instituição dispõe (5ª AS-Q).

Vale ressaltar, que dentre os instrumentos e técnicas que as assistentes sociais utilizam em seu trabalho e relataram nas narrativas destacamos: estudo social, relatório e parecer social, visitas domiciliares e institucional, e reunião. Para Fávero (2007) o estudo social “é um processo metodológico específico do Serviço Social, que tem por finalidade conhecer com profundidade, e de forma crítica, uma determinada situação ou expressão da questão social, especialmente nos seus aspectos socioeconômicos e culturais” (2007, p. 25).

O relatório social é definido pela mesma autora como “uma apresentação descritiva e interpretativa de uma situação expressa na questão social”, e já o parecer social é “a opinião fundamentada que o assistente social emite sobre a situação estudada; envolve também esclarecimentos e análises, com base em conhecimento específico do Serviço Social” e ainda acrescenta que permite ao profissional fornecer elementos para a concessão de um benefício, recurso material e decisão médico-pericial (FÁVERO, 2007, p. 28-30).

Com relação a visita domiciliar tem por objetivo “conhecer as condições e modos de vida da população usuária em sua realidade cotidiana, ou seja, no local onde ela estabelece

suas relações do dia a dia: em seu domicílio” (SOUSA, 2008, p. 128). Por sua vez, a entrevista é “um diálogo, um processo de comunicação direta entre o assistente Social e um usuário (entrevista individual), ou mais de um (entrevista grupal)” (*op. cit.*, p. 126).

Outro instrumento de trabalho é a visita institucional e Sousa (2008) aponta três motivos pelos quais o assistente social realiza essa visita, como visitar uma instituição com a qual o usuário mantém vínculo; conhecer um trabalho desenvolvido por uma instituição; ou realizar uma avaliação da cobertura e da qualidade dos serviços prestados por uma instituição (*op. cit.*, p. 129). O mesmo autor considera a reunião como um instrumento de trabalho que o assistente social utiliza com o objetivo de estabelecer uma espécie de reflexão sobre determinado tema e envolve uma tomada de decisão (*op. cit.*, p. 127).

Destacam-se também como técnicas de trabalho o atendimento e acompanhamento social. Ao indagar as profissionais sobre o trabalho na Média Complexidade, se torna recorrente em suas narrativas a alusão aos instrumentos de trabalho que as assistentes sociais utilizam no cotidiano das instituições, pois relatam que:

[...] no [declina o nome de uma instituição] não tem atendimento social, não tem acompanhamento. É um atendimento, e muitas vezes essa usuária, eu não a vejo novamente, porque ela passa ali para fazer um exame. É uma consulta, ela só vai voltar daqui a seis meses para consulta e no [declina o nome de outra instituição] é acompanhamento, eu chego a dar alta dela e fico acompanhando por mais tempo.

Fragmento da narrativa da 1ª AS- GF1.

Segundo Yamamoto (2008) o assistente social não utiliza apenas esse arsenal de técnicas como um mero instrumento operativo, mas de forma a abranger o conhecimento como um meio de trabalho, indispensável ao trabalhador especializado no seu cotidiano profissional. Guerra (2009) afirma que o assistente social utiliza tais instrumentos, enquanto profissional inserido na divisão social e técnica do trabalho, fundamentados em bases teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, inerentes à sua prática profissional.

Nesse sentido, as autoras supracitadas mencionam que os instrumentos técnico-operativos utilizados pelo assistente social para atender aos seus usuários e demandas são os seguintes: observação, entrevista, encaminhamentos, livro de registro das atividades, visita institucional, visita domiciliar, reuniões, dinâmicas de grupo, palestras, relatórios, laudos e pareceres sociais. Assim, observa-se que as narrativas das participantes se coadunam com as concepções das autoras.



No trabalho da assistente social na Média Complexidade também foi abordado a questão do empoderamento (FALEIROS, 2014, p. 709) dos usuários do SUS e de como o profissional desenvolve essa ação, bem como, arrolaram as formas que os usuários utilizam para ter assegurado o direito à saúde. Como mencionado anteriormente, o artigo 196 da Constituição Federal prevê que a saúde “é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Na perspectiva de Faleiros (2014), os sujeitos que demandam o acesso a serviços sociais são confrontados,

[...] com um cotidiano de relações de exclusão e ao mesmo tempo de aceitação ou rejeição das suas exclusões e os profissionais têm o desafio de contribuir para mudanças de trajetórias no processo de empoderamento dos sujeitos em relações de direito, de acesso ao estado de direito e a condições concretas de sobrevivência (FALEIROS, 2014, p. 710).

Nesse sentido, a narrativa da assistente social destaca que o seu trabalho visa o empoderamento dos usuários e o incentivo à percepção desses usuários como sujeito de direito. A assistente social deve buscar garantir o efetivo atendimento da demanda do usuário, contudo, a impossibilidade de atendimento dessa demanda tem levado inúmeras vezes, ao processo de judicialização na busca de obtenção de sua demanda. A assistente social, enfatiza ainda, que no seu trabalho, através das atividades socioeducativas e dos encaminhamentos para a Rede de Atenção à Saúde, tem sido possível o empoderamento do usuário, conforme assinalado no fragmento,

Então, assim, a partir do empoderamento do usuário e de ações que permitam que eles se percebam enquanto sujeitos de direitos, como sujeitos com lugar de fala é que a gente consegue conjecturar uma possibilidade de acesso efetivo. Então, porque a partir do momento em que o usuário se percebe como sujeito de direito, quando ele receber um não dentro daquele processo de empoderamento, ele pode procurar outros meios, que é o que eu tenho incentivado e, infelizmente, tem levado ao processo de judicialização dos direitos. Acaba tendo que entrar em outra seara para ter um direito que é seu, de fato.

Fragmento da narrativa da 1ªAS-GF1.

É importante observar que na narrativa a assistente social 1, privilegia a dimensão da vida colocada em situação de risco, onde a morte se situa como uma possibilidade. Assim sendo sua análise remete ao entendimento de que a profissional orienta para a judicialização, tendo no horizonte as inúmeras possibilidades de riscos as quais estão submetidos.

Analisamos esse fragmento em conformidade com a análise de Souza (2009, p. 10) na qual se aprende que a assistente social, analisa a vida do usuário submetida à situação de risco de morte, remetendo-a a uma perspectiva de entender esse riscos sob a forma de um acontecimento e não como um fato.

Devemos distinguir **fato de acontecimento**. Na vida real **ocorrem milhares de fatos todos os dias** em todas as partes, mas **somente alguns desses fatos são “considerados” como acontecimentos**: aquele que adquirem um sentido especial para um país, uma classe social, um grupo social ou **uma pessoa** (SOUZA, 2009, p. 10, destaques nossos).

Segundo Souza (2009, p. 10) na análise de conjuntura o importante é analisar os acontecimentos, sabendo distinguir primeiro fatos de acontecimentos e depois distinguir os acontecimentos segundo sua importância. Na perspectiva analítica da 1ª Assistente Social é a de quem em algumas circunstâncias a judicialização constitui um percurso necessário, particularmente nas situações que a vida estiver “submetida ao risco de morte”, ocasião em que opta por pensar sob a perspectiva do acontecimento e não da morte como um fato.

No espaço das instituições de saúde de Média Complexidade, é importante ter no horizonte que nesse nível de Atenção à Saúde, as necessidades em saúde, que muitas vezes, são solicitadas ao assistente social, dizem respeito às demandas que precisam de respostas imediatas, pois transitam no limiar entre o viver e o morrer. Assim, muitas vezes, a condição de saúde do usuário não pode esperar, pois, nessas situações estamos tratando da vida de um usuário e de seus riscos.

O que acontece? **O paciente às vezes vai a óbito porque é urgência** e passa muito tempo nessa burocratização [...] passa para o médico e lá demora muito.

Fragmento da narrativa da 4ªAS-GF1.

[...] **quer transferir e às vezes eles** [declina o nome da instituição da rede de saúde] **dizem que não pode, o paciente com trauma e às vezes o paciente vai à morte** e a **gente se sente impotente nessa questão de ver uma vida, não é?** Que podia ser mais fácil de viabilizar essa questão, que é um direito do usuário. A gente sabe que é um direito dele ter direito a saúde e, infelizmente, a gente vê esse direito sendo violado completamente.

Fragmento da narrativa da 4ª AS-GF1.

Só os nódulos que o médico detectou através do tecido de algodão, mas a ressonância ela não conseguiu fazer antes do óbito. Já tinha consulta marcada, agendada, ela foi para o atendimento no São Marcos, particular e pela auditoria, mas o médico pediu que ela nem fizesse mais os exames, ela não tinha como fazer porque estava muito debilitada.

Fragmento da narrativa da 3ª AS-DG.

Nesse sentido, as narrativas das assistentes sociais nos convocam a refletir sobre três temporalidades, a do relógio, a burocrática e a do cuidado, conforme menciona Joazeiro (2018, p. 42, p. 105). As duas primeiras temporalidades já discutidas anteriormente e relacionadas a essas narrativas apontam que as repostas na saúde devem ser imediatas, para a garantia do direito à vida dos usuários, e quando se chega ao limiar da vida, como as assistentes sociais relatam “às vezes o paciente vai à morte”, é aqui que retomamos a temporalidade do cuidado, pois “nesse encontro [...] em que o usuário está na sua frente, emerge outra temporalidade, a do cuidado, a do aqui e agora na atividade” (*op. cit.*, p. 105), e assim, as profissionais buscam garantir a vida, mas nesse transitar da temporalidade, e de limites externos ao seu trabalho, associados a conjuntura macro dos “gargalos” da Média Complexidade, muitas vezes o usuário vai à óbito.

A judicialização consiste num recurso para atender as demandas dos usuários, mas existem também outras estratégias que, podem ser pensadas pela profissional e socializadas com os usuários no sentido de se utilizar de espaços, tais como, o do Conselho Municipal de Saúde, Ouvidoria Municipal para solicitar o acesso ao atendimento de suas demandas. Contudo, torna-se importante destacar que o profissional precisar buscar estratégias que não remetam apenas a judicialização, uma vez nessa situação, o usuário terá o atendimento de uma demanda individual e imediata, sem que contudo, haja uma estratégia de intervenção que contemple o coletivo do usuários do SUS.

Trabalhar tendo em vista que empoderar o usuário é estabelece uma relação profissional com este, conforme preconiza o artigo 5º do Código de Ética do Assistente Social, que no inciso b afirma a importância de “garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários[...]”.

Assim, uma das estratégias de intervenção e orientação quanto ao empoderamento dos usuários é sua participação no Conselho Municipal de Saúde, para contribuir e solicitar da gestão que sejam dadas respostas efetivas para as necessidades em saúde da população. Conforme mencionado no capítulo 2 o município de Timon possui um conselho de saúde e vários conselhos de direitos e gestores de políticas públicas.

Ainda ressalta-se que uma fragilidade nesse aspecto do conselho está mais próximo da população é a falta de conselho local nas unidades de saúde de Timon, pois essa estratégia permite a participação efetiva dos usuários, como no capítulo 2 afirma Miotto e Nogueira(2009) sobre o processo político-organizativo, que tem com o objetivo de universalizar e ampliar e efetivar direitos nos diferentes espaços ocupacionais da saúde, e que valoriza os espaços de controle social, seja por meio de conselhos, conferências ou Ministério Público.

Outro aspecto observado nessa narrativa refere-se a questão social na saúde, que é entendida por Miotto e Nogueira (2009) como

[...] o baixo impacto resolutivo do sistema tem sido explicado por diversas razões, que se sobrepõem e se perpetuam, em círculos. A mais frequente razão apresentada é a desarticulação entre a Atenção Básica e os demais serviços de saúde, motivada pela lógica de financiamento distinta. Enquanto a **Atenção Básica é financiada por programas e *per capita***, que induzem a uma alteração no padrão de atenção, **a média e a alta complexidade é remunerada por procedimentos** (MIOTTO; NOGUEIRA, 2009, p. 236, destaques nossos).

Percebe-se no argumento da assistente social que os usuários têm o direito de participar da formulação e da implementação da política de saúde, reforçando o empoderamento do usuário, conforme previsto na lei n. 8.142/90, que trata controle social, e enfatiza o direito do usuário de participar dos conselhos e das conferências de saúde nas três esferas de governo. Mas, quando o direito dos usuários do SUS de acesso à saúde é desrespeitado, pode ocorrer a judicialização da saúde.

A narrativa da profissional corrobora com resultado de estudo sobre perfil das demandas judiciais, conhecida como “judicialização da saúde”, aponta como demanda recorrente a necessidade por serviços de atenção básica e ambulatorial correspondente a 47% das demandas judiciais (MACHADO; SANTIAGO, 2013, p.7).

Dando continuidade, à questão do encaminhamento dos usuários aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, uma das participantes revelou alguns instrumentos importantes do Serviço Social, como por exemplo, o plano de cuidado e autocuidado do usuário, pois

E no [declina o nome da outra instituição] também, dentro dessa perspectiva de encaminhamento, [...] a gente faz um **plano de cuidado** e o usuário leva para Unidade Básica de Saúde e o enfermeiro de referência dele aciona o NASF, o NASF vai dar os encaminhamentos devidos a partir daí. No [declina o nome da instituição] funciona assim, mas muito ligado ao

**autocuidado do usuário.** Eu converso com ele, oriento e aí ele vai, ele faz um acordo comigo que vai, uma conversa, uma pactuação [...] Fragmento da narrativa da 1ª AS- GF1 (destaques nossos).

A gente sensibiliza para o autocuidado, mas é um autocuidado apoiado, eu não vou jogar só para o usuário. Porque [esbarra] na questão de culpabilizar e a gente sabe que o usuário já vive sobrecarregado de sustentar as ausências desse Estado, que só sabe cortar direitos. Então, eu falo muito do **autocuidado apoiado**, que é preciso que ele se sensibilize ao tratamento de saúde, processo de saúde-doença. E que há questões que a gente não pode alterar, a realidade imediata dele, a gente precisa trabalhar dentro daquelas condições objetivas que ele tem. Mas considerar que ele é **sujeito de direto**, [...] tem uma rede de saúde, que apesar de limitada, tem falhas e é fragmentada. A gente consegue através de mediações, conseguir que ele tenha um acesso mais ou menos igualitário, [e] [...] integral. Sabemos que se fosse funcionar como era para ser, esses usuários não morreriam por tão pouco, ou não estavam tão cedo com agravos tão complexos. Como câncer [...]

Fragmento da narrativa da 1ª AS- DG (destaques nossos).

Esse fragmento reforça a concepção de Miotto e Nogueira (2009) sobre o processo sociassistencial, em que usuário e profissional decidem em conjunto qual melhor estratégia de resolução e enfrentamento da questão social, da demanda do usuário. A compreensão de que a produção do cuidado deve ser compartilhada com o usuário é discutida pelas autoras e identificadas no fragmento de fala da assistente social, com ênfase no autocuidado do usuário e autocuidado apoiado, no sentido de compartilhar o cuidado em saúde com o usuário.

### 3.3.1 O trabalho do assistente social e a articulação com a equipe multiprofissional

Na articulação com a equipe multiprofissional as participantes afirmam a dificuldade de relação com alguns profissionais da equipe, bem como, enfatizaram as relações horizontais e verticais no âmbito das diferentes instituições. O impacto da Reforma Sanitária na saúde pública no Brasil também se associa as conquistas oriundas da Reforma Psiquiátrica, nos anos de 1980, Vasconcelos (2012) menciona a relação desta reforma com estrutura das políticas sociais e as propostas interdisciplinares no campo da saúde pública. Nesta discussão, o autor remete a necessidade de modificar a cultura das “identidades profissionais convencionais” (VASCONCELOS, 2012, p. 57) e as exigências para estabelecer o comprometimento dos profissionais com as práticas interdisciplinares, pois:

Criar uma cultura profissional adequada ao contexto da saúde pública, em que os profissionais possam aderir as propostas de mudança de suas identidades profissionais convencionais para se engajar em práticas

interdisciplinares, exige um mínimo de reciprocidade em termos de salários dignos, boas condições de trabalho, jornada de trabalho que evite o multiemprego excessivo (o que impede o compromisso com o trabalho) e investimento em treinamento e supervisão (VASCONCELOS, 2012, p. 57).

Os profissionais das diferentes áreas na instituição, com destaque na narrativa da participante, que afirma que “o enfermeiro, por vezes, não se dedica a viabilizar o direito dos usuários nos serviços de saúde”:

Eu cheguei a ouvir um caso lá no hospital de um enfermeiro que chegou e disse assim: “Ah, eu vou fazer o curativo, mas essa hora eu não vou fazer. Vai ficar para amanhã. Vou acabar com esse negócio aquilo de paciente está escolhendo horário de fazer curativo”, [...] como é que o profissional da saúde, um enfermeiro preparado, agir dessa forma, dizer que ele vai fazer no dia que ele quiser, não é na necessidade do paciente [...]. Então, como é que fica o direito do paciente, o que foi que a gente aprendeu. [...] é obrigado a gente entrar em conflito com esse profissional, aí a gente vai dizer “A gente vai ensina-lo?”

Fragmento da narrativa da 4ª AS- GF2.

A discussão das participantes da pesquisa remete à reflexão de Mehry (2004) sobre a competência profissional e o modelo de saúde adotado por alguns trabalhadores de saúde, a saber:

Creemos que uma das implicações mais sérias do atual modelo médico hegemônico [...] **é a de diminuir muito essa dimensão (cuidadora)** [...] do trabalho em saúde, em particular do próprio médico. Há autores, que há muito vêm advogando a noção de que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico vem comprometendo seriamente a eficácia dessa intervenção, e, parodiando-os, **podemos dizer que a “morte” da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis** perante a vida dos cidadãos (MEHRY, 2004, p. 116, destaques nossos).

O autor se refere ao risco de pautar o cuidado com base num “**modelo de atenção irresponsável** perante a vida dos cidadãos” e o faz destacar que esse risco diz respeito às diferentes profissões da saúde que, tanto podem contribuir para a sua construção, quanto compartilhá-los no decorrer do exercício profissional na saúde. Por sua vez, um dos relatos descreve a importância de buscar o aprimoramento do conhecimento e da qualificação profissional, que sem dúvida é uma exigência do trabalho tanto na Média quanto na Alta Complexidade, essa qualificação do(a) assistente social permite um melhor diálogo com as demais profissões da saúde, posto tratar-se de diálogo pautados ora no saber médico, ora nos conhecimentos da Ciência e da tecnologia.

Lá agora tem **uma certa exigência de você ser especialista em nefrologia**, eu sou especialista também em nefrologia, pela Federal do Maranhão, e aí a gente pega um pouco mais dentro da área e tenta ter uma conversa melhor com o médico, porque se o médico vai conversar comigo termos técnicos, que eles conversam, aí fica difícil se eu entender um pouquinho, [...] Então eu procurei, [...] não era exigência, **mas eu tentei fazer isso pra poder ter um diálogo melhor com eles e é até um respeito também pra gente**, que a gente tá conversando de uma forma mais... [...] “Ah, eu vou igualar, não!”. Só mesmo em termo de conversa, isso aconteceu, a gente tenta ver, conversar de uma maneira técnica do jeito que eles gostam, [...] e é uma coisa de conversar com o médico especialista numa área e é totalmente diferente.

Fragmento da narrativa da2ª AS- GF1.

Nesse sentido, Mehry (2004) ainda destaca que o profissional de saúde mobiliza seu saber específico, pois

Imaginamos que um profissional de saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (MEHRY, 2004, p. 116).

Ambos, autor e pesquisadas concordam com a prática interdisciplinar, que ora se alinha a um trabalho em conjunto e com saberes específicos, mas que, por vezes se manifesta de forma contraditória, pois alguns profissionais de saúde não estão atinentes a desenvolver seu trabalho para garantir o direito à saúde dos usuários do SUS.

Outro aspecto destacado pelas profissionais com relação aos limites da profissão que remetem a relação com as diversas profissões refere-se ao médico, pois “[...] a gente [assistente social] tem um pouco de dificuldade [...] a questão das limitações na quantidade de atendimentos que cada médico exige, cada médico se coloca. Então se tem, se um cardiologista só atende 20 pacientes, ele só vai atender 20 pacientes!” (Fragmento da narrativa da5ª AS-GF2), pois como se observa na narrativa da assistente social no segundo grupo focal, por vezes o médico restringe a quantidade de atendimentos destinados aos usuários e isso interfere diretamente no atendimento às necessidades sociais da população, o território adscrito e a oferta do serviço.

Ainda sobre as consultas por especialista, a assistente social relata que reserva vagas para os casos de urgência e dialoga com as profissionais do HPA, ao se referir ao hospital, conforme se observa neste fragmento: “Aí, nós fazemos uma separação, a gente separa,

reserva três ou até quatro vagas para pacientes de urgência. Que às vezes vem, às vezes até do [hospital] do Parque Alvorada, a gente deixa quatro reservas em aberto, para que aconteça algum tipo de... pessoas que têm processo cirúrgico [...]" (Fragmento da narrativa da 5ª AS-GF2), o que demonstra o compromisso da profissional de compreender a importância de atender as demandas de urgência vinda da rede de atendimento.

Dando continuidade sobre esta relação com o médico, uma das participantes da pesquisa no segundo grupo focal relata qual especialidade é muito procurada no serviço e como os médicos reagem frente a algumas demandas dos usuários mediadas pela assistente social, pois "[...] ortopedista também é muito procurado, a gente [assistente social] passa pelo constrangimento porque os ortopedistas lá, eles não querem atender, só tem que ser [os pacientes] de urgência ou emergência. Mesmo a diretora assinando" (Fragmento da narrativa da 3ª AS-GF2), ou seja, os médicos ortopedistas não são flexíveis no serviço quanto ao atendimento da população caso seja demanda extra a área de urgência e emergência.

Ao desenvolver o seu trabalho a assistente social se utiliza da mediação no Serviço Social, como se pode observar nesta narrativa da relação entre a assistente social e o médico na mediação de consulta para atender à necessidade de saúde do usuário, na medida em que "[o usuário] está impossibilitado de trabalhar devido à condição física do membro afetado, mas não tem como ter uma consulta com urgência, não pode pagar uma consulta e [...] sempre eu faço a intervenção, eu vou para o lado da humanização, passo às vezes até vergonha junto com ele, mas é o jeito tentar" (Fragmento da narrativa da 3ª AS-GF2), então é necessário mediar com o médico a consulta para o usuário. O pensamento de Pontes (2017) explica que a mediação é indispensável ao trabalho do assistente social e que é através da mediação, de sucessivas aproximações com o real, que o assistente social irá desvelar as aparências.

Em contraposição à visão apontada anteriormente de que o médico não colabora com o trabalho da assistente social, é perceptível o reconhecimento pelo médico da importância do Serviço Social, quando a participante afirma: "[...] eles[usuários] querem sair de lá com o caso resolvido [...]. Às vezes, até o médico, aconselha ele passar lá no Serviço Social para adiantar, porque o paciente tem uma certa gravidade. Não há necessidade de ficar interno, mas há a necessidade de realizar exames para um melhor diagnóstico. Em termos de prevenção" (Fragmento da narrativa da 4ª AS-GF2), e nesse momento retomamos a concepção de Mehry



(2000, p.110) sobre “a valise do espaço relacional trabalhador–usuário”, no uso da tecnologia leve entre o médico e o usuário.

O autor afirma a singularidade deste encontro entre trabalhador e usuário, e o espaço em que é estabelecida a produção do cuidado em saúde, pois “Os processos produtivos em saúde, que ocorrem neste espaço, só se realizam em ato e nas interseções do médico e do usuário. É este encontro que dá, em última instância, a singularidade do processo de trabalho do médico enquanto produtor de cuidado” (MEHRY, 2000, p.110).

O trabalho do assistente social exige que ele seja um profissional comprometido com os princípios previstos no projeto da Reforma Sanitária. Segundo Bravo e Matos (2007), conforme mencionado no capítulo 1, afirmam que as demandas para o assistente social exigem um trabalho direcionado para o acesso às unidades e serviços de saúde, o atendimento humanizado, conforme segue:

O projeto de Reforma Sanitária vem apresentando demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e 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. (BRAVO; MATOS, 2007, p.37)

Nesse sentido, é perceptível o olhar da assistente social para o atendimento humanizado e a necessidade dos outros profissionais sejam eles da recepção ou da equipe técnica de ter o olhar humano para o usuário, de acolher sua demanda e encaminhar da forma correta. Na narrativa das assistentes sociais da pesquisa esse compromisso é ressaltado quando a primeira assistente social no grupo focal 1 afirma:

[...] Eu acho importante que se fortaleça esse atendimento humanizado nas unidades. Que não seja um [trabalho] do Serviço Social, que esse olhar pro usuário, considerando todas as mediações que ele está envolto, eu desejaria que não fosse um [trabalho] só do Serviço Social, que as pessoas tivessem mais... Eu não sei, eu não vou usar um termo que seria... Eu sempre fico fortalecendo de você saber com quem você está falando, de você se apresentar, de olhar no olho, porque o usuário, muitas vezes, anda muito porque ele chega no portão e a pessoa nem lê direito a requisição e diz: “Não, não é aqui não”, e, às vezes, é, “Não é naquele lugar tal”. Às vezes, era até naquele lugar que ele estava.

Fragmento da narrativa da 1ª AS-GF1.

Ao dialogar com as demais profissionais sobre o atendimento humanizado na equipe, uma das assistentes sociais no grupo focal 2 destaca que é necessária a humanização do

profissional, nessa situação, do enfermeiro, para que busque identificar a demanda do usuário e tenha um olhar e atendimento mais humano, como se pode observar na narrativa:

[...] Eu estou falando na questão do profissional, da humanização do profissional, entendeu? Eu estou falando que esse profissional[enfermeiro] ele tem que está cada vez mais passando por uma capacitação, de ser mais humano no atendimento dele, porque tem paciente que ele relata lá... como ele sabe que não é demanda aqui do hospital, ele não quer saber se o paciente veio ‘a pé’, ele não quer saber o que que passa com esse paciente, ele vai mandar lá para onde é o local específico dele, entendeu?  
Fragmento da narrativa da 4ª AS-GF2.

É notório o olhar atento das assistentes sociais para que o trabalho desenvolvido pelos demais profissionais da equipe multiprofissional seja humanizado e que o usuário seja atendido em suas necessidades em saúde nos serviços de Média Complexidade do município de Timon.

### 3.3.2 A interface do trabalho do assistente social com a Rede de Saúde

A falta de conhecimento da rede de atendimento pelas assistentes sociais das diferentes áreas de atuação é outro aspecto destacado na fala das participantes, conforme segue:

Os funcionários da instituição, às vezes, chegam: “Ah, [cita seu nome], eu tenho uma...”. Essa semana mesmo chegou uma funcionária que trabalha na limpeza e me procurou: “[cita seu nome], eu tenho uma irmã, que é uma usuária de droga e eu preciso saber se tem como a prefeitura me ajudar, né?”. E aí, na minha época, quando eu estava na [fala o nome da instituição onde atuava], eu sabia que a gente tinha parceria com a Fazenda da Paz, mas hoje eu já não estava sabendo mais o que estava acontecendo, né? Porque a gente acaba se desligando um pouco e aí eu procurei uma amiga da [fala o nome da instituição onde atuava], liguei para ela e ela me passou para uma pessoa. Aí essa pessoa não sabia, [...] já me passou para outra pessoa, para chegar a informação. Eu falei com cinco assistentes sociais do município, cinco. Nenhuma delas soube me informar.  
Fragmento da narrativa da 5ª AS-GF1.

E uma das assistentes sociais atribui a dificuldade de conhecimento da rede pela falta de fluxo, quando afirma: “Porque não tem fluxo, mulher, determinado em nenhuma instituição. Não tem”. Em seguida, ao estabelecer um diálogo com relação ao fluxo da rede, outra participante ressalta a importância de conhecê-la, bem como sua crítica referente a falta de instrumentos na instituição para implementar esta ação, pois

Para gente poder **conhecer as redes**, né? Todo o serviço do município. Mas, assim, como eu falei, eu sou muito crítica em relação a isso porque, assim, a gente trabalha com o que tem. É difícil a gente chegar em uma instituição e não ter instrumentos técnicos para a gente trabalhar, não tem um ventilador, às vezes, até um ar condicionado. Eu já trabalhei várias vezes com a porta aberta, porque a sala é muito quente e o ar condicionado não estava funcionando, mas eu tinha que atender o paciente, entendeu?  
Fragmento da narrativa da 5ªAS-GF1 (destaques nossos).

Nesse sentido, uma das participantes aponta a importância de terem conhecido mais sobre os serviços durante o grupo focal ao dizer “A gente... não tem contatos. Aí a gente poderia sentar... eu conheci o CAISM melhor, um pouquinho melhor hoje, entendeu? É uma rede que... uma instituição que eu tenho pouco acesso, algumas vezes...”

A gente conhece a rede, mas o usuário desconhece, a gente conhece e entra em contato, é assim.  
Fragmento da narrativa da 2ªAS-GF1.

“Mal” a gente se conhece por telefone, “mal” a gente conversa, a gente conhece o serviço do outro, porque o seu serviço precisa do meu, preciso do seu, precisa... Então a gente está muito ali ligada, mas nós estamos separadas em termos de diálogo, de conhecer, de... é uma rede interligada, só que tudo dentro das instituições, mas nós mesmo estamos com dificuldade de se conhecer.  
Fragmento da narrativa da 2ªAS-GF1.

Ainda evidencia os limites do serviço e da rede, como a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde,

Essa semana mesmo eu falei com uma amiga minha que a gente tem se deparado com a dificuldade de dizer um não e deixar o usuário satisfeito, mesmo que com um não. Infelizmente, a gente tem enfrentado isso pelos **limites da rede**, de dificuldade de acesso aos serviços, de ausência dos serviços e de cortes de gastos também, né?  
Fragmento da narrativa da 1ªAS-GF1 (destaques nossos).

O trabalho da assistente social nos serviços de saúde e sua articulação com a rede de atendimento, formada na tessitura das relações sociais e com o objetivo de garantir os direitos dos usuários, dos que se encontram em situação de vulnerabilidade social, como as pessoas em situação de rua, conforme explicita uma das participantes:

[...] chega paciente morador de rua, entendeu? [...] que não tem um cartão do SUS. A **gente tem que providenciar o cartão do SUS**, assim, e tudo sem... a gente não tem como realizar, tem que está [...] **entrando em contato com a rede para viabilizar esse tipo de serviço**, que a gente poderia está adiantando lá na nossa sala mesmo. **Não tem um computador, não tem um telefone**, mas enfim, a gente realiza [...] com a ajuda da rede.  
Fragmento da narrativa da 4ªAS-GF1 (destaques nossos).

Para que o trabalho em rede seja realizado é necessário que o profissional disponha de condições de trabalho condignas para garantir a qualidade do exercício profissional, conforme preconiza o art. 7º-a, ao tratar dos direitos do assistente social na relação com as instituições empregadoras e outras.

Na medida do possível, a gente faz os **encaminhamentos para a rede**. Que o município oferece, mas assim, eu sinto muita dificuldade da gente... até porque eu acho assim... essa tua dificuldade [...], às vezes, de chegar para falar em uma outra instituição, seja na área da assistência, na educação ou na saúde eu [penso] que é também porque a gente tem aquela dificuldade de comunicação. Por exemplo, na [declina o nome da instituição] não existe telefone, não existe.

Fragmento da narrativa da 5ªAS-GF1 (destaques nossos).

Outro aspecto da rede de saúde se contrapõem as falas anteriores, pois ao relatar do encaminhamento para a rede, a assistente social aponta a dificuldade de comunicação efetiva com as instituições sejam de saúde, educação, assistência social, que é um fator limitador dos serviços de saúde, bem como não dispor das condições de trabalho necessárias para estabelecer comunicação com os outros serviços.

O olhar atento de uma das participantes da pesquisa nos revela que é necessário a articulação com a rede de serviços, mas ao mesmo tempo essa rede de proteção não dá conta de responder e conceder o direito à alimentação, ao emprego, e uma questão social macro, com relação a pobreza e situação de vulnerabilidade social dos usuários, conforme segue na fala da assistente social:

Da assistência, na verdade. Da proteção básica da assistência social, não tem garantia eventual de cesta básica, então fica muito complicado pra gente dá uma resposta objetiva, né, porque a gente sensibiliza muito da importância do atendimento, mas eles não tem condições objetivas de seguir com o tratamento e aí em decorrência da **pobreza**, desemprego, né, muita insegurança de situação alimentar, a gente atende também muitos casos de abuso sexual de adolescentes e nessas situações de violência e abuso sexual a articulação é com o conselho tutelar porque o enfermeiro... não há organização da rede inclusive eu enviei...

Fragmento da narrativa da 1ªAS-DG (destaques nossos).

Nesse trecho ao relatar um caso de violência sexual contra criança a assistente social manifesta sua preocupação em acionar a rede de atendimento para dá o suporte necessário e a garantia de acesso ao serviço de saúde para a criança e a família. Mas a profissional também reflete sobre o município de Timon não ter um fluxo definido, pois “há toda uma quebra de

fluxo, não há um fluxo desenhado”, e remetemos a concepção de Santos (2006) ao tratar das fragilidades existentes no território. E mesmo diante desta fragilidade do fluxo de atendimento a assistente social demonstra o potencial de seu trabalho ao conhecer a rede e descrever o desenho do fluxo e para quais instituições a criança precisa ser encaminhada, como se pode observar no fragmento abaixo:

[...] Então, nesse ofício, eu solicitei a presença do Conselho Tutelar, de todos os órgãos da Assistência Social, os secretários, CAISM, CAEMI, porque chega também ao [declina o nome da instituição]. A gente tem recebido gestantes de doze anos, que são vítimas de abuso sexual que passaram e que não passaram no processo. Porque, inclusive, crianças que estavam idade gestacional, com possibilidade de interrupção, mas quando chegaram já no serviço, não sei por que, não teve essa gestação interrompida, porque ainda estava no prazo. Então, há toda uma quebra de fluxo, não há um fluxo desenhado. A gente desenha assim: para passar pelo Conselho [Tutelar], Delegacia, IML, CREAS e aí, antes de passar para o CREAS, eles fazem os testes de sangue, as vacinas e aí, se houver necessidade, a gente passa no CAISM e faz a consulta ginecológica. É assim. A faixa etária de atendimento do CAISM não é para atender crianças. Atende nessas situações ou aquelas meninas que iniciaram a vida sexual cedo, tanto da zona urbana, quanto da zona rural, nós somos a referência.

Fragmento da narrativa da 1ªAS-DG.

Nesta perspectiva, outra assistente social ao abordar sobre transferência de pacientes e o encaminhamento para a rede também aponta as várias instituições com as quais ela mantém contato para garantir o direito dos usuários, que a profissional chama de paciente, pois na área da saúde pode ser utilizado este termo ao referir-se aos usuários do SUS. A assistente social reconhece em seu relato o apoio das instituições parceiras que também ofertam serviços de saúde de média e alta complexidade de âmbito estadual, municipal e privado, como a Unidade de Pronto Atendimento(UPA), o Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco(HRANP), o Centro de Terapia Renal(CTR) e a Policlínica, enfim, quando ela destaca “[...] que dá um apoio muito grande para gente também”, é ressaltada a importância da articulação em rede, conforme segue o fragmento:

A gente viabiliza as transferências dos pacientes, né, **encaminha ele para as redes**, entra em contato com as redes para poder tá entrando em contato, é... transferindo esses pacientes tanto para fazer exames, realizar exames porque são poucos os exames que são realizados lá na unidade, aí é necessário que a gente entre em **contato com a UPA, com o Alarico Pacheco, com o CTR, com a Policlínica** que dá um apoio muito grande para gente também.

Fragmento da narrativa da 4ªAS-GF1 (destaques nossos).

Nas duas falas das assistentes sociais percebe-se o quanto elas entendem e reafirmam o seu compromisso com os usuários do SUS e com a profissão de “empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais”, conforme previsto no artigo 8º-d, do Código de Ética do Assistente Social, e buscam em seu trabalho na saúde acionar a rede de atendimento e estabelecer as articulações necessárias com as instituições para atender as necessidades sociais e de saúde que interferem diretamente na vida dos usuários.

[...] chega muita demanda para o [declina o nome da instituição] que é uma demanda que poderia ser realizada na atenção básica, mas muitas vezes o usuário chega com esse relato que é a da precarização mesmo, então a **condição dele de vulnerabilidade**, morar em áreas afastadas, né, dificulta muito o acesso, às vezes eles residem em áreas descobertas, não tem unidade de referência, quando tem padece de muitos limites, né, a ausência de médicos, ausência de enfermeiro, ou não tem... não é coberto por agente comunitário de saúde. [...]

Fragmento da narrativa da 1ªAS-DG (destaques nossos).

As fragilidades no funcionamento da Atenção Básica refletem no atendimento da atenção de média complexidade, pois como afirma a assistente social acima, “[...] é uma demanda que poderia ser realizada na atenção básica, mas muitas vezes o usuário chega com esse relato que é a da precarização mesmo”, ausência dos profissionais médico e enfermeiro nas unidades básicas de saúde, e além disso, tem serviços da atenção básica, como exame preventivo de citologia, que a atenção especializada realiza, como aponta uma das participantes do grupo focal em sua fala: “O CAISM, como é especializado, não era para fazer citologia, que é um exame preventivo do câncer do colo. Isso seria atribuição apenas da UBS”.

Enfim, devem-se fortalecer os atendimentos nas unidades básicas de saúde, que é a porta de entrada do sistema de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, conforme mencionado no capítulo 1 e os serviços de média complexidade destinarem-se aqueles usuários que foram devidamente encaminhados pela Atenção Básica.

É importante observar como as assistentes sociais reforçam a importância do transitar entre a Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e como os usuários se percebem nessa rede, como relata nesse trecho: “Toda hora chega uma paciente querendo tomar uma Benzetacil, tem que fazer o esquema que, às vezes, não é oferecido na unidade [básica de saúde], aí eles procuram aqui o [declina o nome da instituição]”, assim a profissional destaca

que os usuários precisam de medicação e que o medicamento não é ofertado na unidade básica de saúde e a instituição disponibiliza o serviço.

### **3.4 A rede de petição e compromisso na produção do cuidado em saúde: uma articulação necessária**

Em Timon está presente a relação interdependente entre diferentes níveis de atenção à saúde, contudo daremos centralidade para a análise dos serviços de saúde da Média Complexidade, que se constituiu no foco do presente estudo. A própria existência dos níveis de atenção e a estruturação em redes de atenção demarca a intencionalidade de dar materialidade às normativas do SUS, que para se concretizar pressupõe e exige a integralidade *das e nas* ações. Koga (2013) afirma “que o território expressa, ao mesmo tempo, produção e reprodução das relações socioeconômicas, políticas e culturais, presentes na sociedade que ele abriga” (2013, p. 36-37).

O município de Timon atende em seus serviços de média complexidade os municípios de sua Região de Saúde, conforme mencionado: Parnarama, Matões e São Francisco do Maranhão. Ao indagar sobre o trabalho do assistente social, identificou-se na narrativa de uma das participantes esta articulação e demanda dos municípios da região, como relata:

Esse é um dos benefícios do governo federal, [...] e o (TFD), o tratamento fora de domicílios, domicílio! É para pacientes que, para usuários, essas crianças e adolescentes que vem de Matões, Parnarama, São Francisco do Maranhão, só que a gente usa o formulário, entrega para eles levarem daqui para lá, o médico assina aqui, fala que está em tratamento, aí lá você pode ver, eu não estou com nenhum aqui [...]. É que o médico assina e a gente encaminha para o município, o município viabiliza a verba mensal. Essa verba não é uma verba fixa, [...] dependendo do orçamento do município e também da distância. Porque o TFD, só a cada 50 km é calculado valor.  
Fragmento da narrativa da 2ª AS- GF1.

Destaca-se, conforme previsto na Lei 8.080/90, a regionalização dos serviços de saúde e a articulação com a rede de atendimento. No art. 7º, da lei n. 8.080/90, está previsto como princípio, em seu inciso IX, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, por meio da ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A assistente social destaca que o TFD se destina para os pacientes provenientes dos municípios da região de saúde de Timon, pois a instituição também atende a esses usuários da

região, em consonância com a previsão legal de regionalização dos serviços de saúde no território municipal.

Nessa discussão, outro aspecto abordado no grupo focal foi à referência e contrarreferência dos serviços de saúde para a rede de atendimento:

No [declina o nome da instituição] e aí entra um outro problema da rede que é referência e contrarreferência, eu [...] oriento ela a ir para uma unidade e eu não sei se deu certo, fico sem saber, e a questão das condições de trabalho [...].

Fragmento da narrativa da1º AS-GF1.

De acordo com Kuschnir e Chorny (2010), registros no Relatório Dawson, de 1920, tratam da primeira descrição de uma rede regionalizada. Assim,

A organização em redes foi concebida como uma resposta à questão de como garantir acesso com equidade a toda uma população. Por questões de eficiência/escala e qualidade, seria necessário concentrar serviços e adotar mecanismos de referência. Para garantia de acesso ao cuidado integral, a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. O conjunto estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentados por sistemas de informação e de transportes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2309).

Ampliando o debate, ao indagar sobre o trabalho em rede, identifica-se a articulação do trabalho do assistente social com a rede de atendimento e que existem relações de tutela do usuário nestes serviços. Outro aspecto abordado pelas participantes refere-se à relação de apadrinhamento e de tutela do usuário nos serviços do SUS, pois

[...] a gente visita as instituições, no caso a gente visita o **Ministério Público, Defensoria**, qualquer mudança de processo que precise de algum pai e mãe, **negligência** que eles chamam... colocam ainda assim, aí eu também sou chamada. Porque tem sempre muita denúncia, está aparecendo muita denúncia, mas de PSF e a gente está sendo chamada  
Fragmento da narrativa da2ª AS- GF1 (destaques nossos).

E a rede é muito personalizada [...] Existe muito aqui em Timon a **relação de apadrinhamento**, e de você “fale com o fulano de tal”, porque você tem que falar com alguém específico, se você não for direcionado por aquele alguém específico, você não vai acessar, então, isso é uma questão, [...] existe já a descrença do usuário, às vezes eu falo “é um direito” e ele “não, mas se eu for, ninguém não para nem para me ouvir”, tem como a senhora tentar um bilhete, uma coisa. Que é um vício, um vício do serviço, a questão da **tutela do usuário**, então é muito **desafiador o trabalho socioeducativo** dentro dessa perspectiva de **empoderamento do usuário** [...].



Fragmento da narrativa da 1ª AS- GF1 (destaques nossos).

Para Cerqueira Filho (1982) a questão social era considerada “caso de polícia” vinculada à visão do paternalismo e da integração, pois “antes de 1930, [...] não aparecia no discurso da classe dominante senão como fato excepcional e episódico, não porque não existisse já, mas porque não tinha condições de se impor como questão inscrita no pensamento dominante” (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 59).

Assim, constata-se na fala da assistente social que o ponto de vista da tutela do usuário é presente desde o período em que a questão social era considerada “caso de polícia” e na contemporaneidade, ainda é recorrente práticas que reforçam a tutela do usuário.

É importante destacar o conceito de interestorialidade para compreender a dinâmica de rede de serviços de saúde. Pereira (2014, p.23) explicita que a “intersectorialidade tem sido considerada como: uma nova lógica de gestão, que transcende um “único” setor da política social; e/ou uma estratégia política de articulação entre “setores” sociais diversos e especializados”.

Ampliando essa discussão, a autora enfatiza a perspectiva dialética pela qual a intersectorialidade das políticas sociais deve se pautar, “caso queira ser fiel à realidade- que, por natureza, é dialeticamente histórica, contraditória e totalizante – e não pretenda transformar decisões políticas, efetivamente conflituosas, em neutras prescrições administrativas”. (PEREIRA, 2014, p. 24)

Ainda, Pereira (2014) afirma que se convencionou considerar as políticas sociais divididas por “setores” particulares, mas a autora contrapõe-se a esta concepção, ao afirmar:

Esse convencionalismo se torna mais insólito quanto mais se sabe que os chamados “setores” das políticas sociais, como saúde, educação, previdência, assistência, fazem parte, na realidade, de um todo indivisível, já que cada política contém elementos das demais, o que dificulta a sua programação e financiamento isolados (PEREIRA, 2014, p. 25).

Ao tratar de rede de atenção à saúde percebe-se a articulação por meio do encaminhamento para a rede de atendimento durante o atendimento e intervenção profissional das assistentes sociais, como observa-se nas narrativas das participantes da pesquisa:

[...] São discussões pertinentes, a discussão da lei Maria da Penha, democratizar informações sobre essa rede, sobre essa rota, inclusive, eu e algumas enfermeiras de lá. A gente já até **acionou o Ministério Público**, para ver se a gente consegue organizar essa rota crítica das mulheres que são

vítimas de violência e da criança e do adolescente também. [...] o município padece dessas limitações, e algumas questões a gente acaba não podendo trabalhar, a gente acaba tentando **trabalhar temáticas que são do âmbito da Atenção Básica, que são da Atenção Básica e Assistência Social**, que a gente vai trabalhar “Vivendo a gestação”, algumas [questões] ligadas à gestação, direito sociais das gestantes. As meninas trazem a questão do repelente, a gente acaba levando devido ao baixo acesso delas no **território** de origem, acaba... a própria **descrença do usuário em relação a rede**. Acaba levando-as a querer muito mais uma atenção no âmbito da especializada, porque elas acham que tem muitos profissionais... enfim! Isso na parte socioeducativa do [declina o nome da instituição]  
 Fragmento da narrativa da 1ª AS- GF1 (destaques nossos).

[...] aí a gente acaba discutindo também outras questões sobre o acolhimento, sobre como funciona o manejo do trabalho, conhecendo a rede, sobre conhecer a **rede de atenção materno-infantil**, quais foram as mudanças que aconteceram na rede, o Alarico não está mais fazendo o pré-natal, como é que vai ser agora, apresentar o próprio serviço do CAEMI, tirar dúvidas sobre onde e como se faz esses exames pra conhecer a rede mesmo, a gente tem **um grande problema que é o trabalho em rede**, né, que é **um desafio**, a gente quando fala da política de saúde, é um trabalho em rede, né, e isso é muito difícil pra gente costurar. Estou com um **desafio** agora que é construir, **fazer o mapeamento dessa rede** e é muito difícil porque **os próprios profissionais não conhecem a rede e aí imagine o usuário!** E o usuário se perde nessa rede, a rede é muito personalizada...  
 Fragmento da narrativa da 1ª AS-GF1 (destaques nossos).

A profissional, neste último fragmento, fala do desafio que tem de mapear a rede de serviços de saúde- materno-infantil, e destaca que os profissionais e os usuários dos serviços não conhecem a rede de atendimento, enfatizando “Estou com um desafio agora que é construir, fazer o mapeamento dessa rede e é muito difícil porque os próprios profissionais não conhecem a rede e aí imagine o usuário! E o usuário se perde nessa rede, a rede é muito personalizada...”. A rede de atenção materno-infantil se estabelece no “território vivido” (SANTOS, 2006), e é necessária uma articulação da assistente social com os demais profissionais das instituições para superar o desafio da fragilidade do fluxo na rede e alcançar concretamente o mapeamento da rede supracitada.

Ainda destaca que em uma das instituições existe uma relação mais horizontalizada e de respeito aos outros profissionais, já em outra instituição de saúde reflete a diferença, pois existe uma dificuldade de manter o diálogo entre a equipe.

Corroborando com as falas supracitadas, outra assistente social do grupo focal dialoga com a narrativa acima sobre o seu desconhecimento em relação a rede de serviços no município, pois afirma “É verdade, eu... tem coisas... eu trabalho que eu não conheço! [...]” e

com aspecto de admiração remete para as demais colegas a expressão “Tu acredita? De rede mesmo!”, pois para a profissional é importante conhecer a rede de serviços, mesmo ela reconhecendo essa fragilidade e em outro momento de sua narrativa como ela menciona: “[...] me adentrar em relação as redes, porque tem muita coisa aqui em Timon”, a assistente social afirma o compromisso em se dedicar a conhecer a rede de atendimento.

Outros aspectos concernentes à dificuldade de conhecimento da rede pelos profissionais são expressos nas narrativas a seguir:

Exato! E a **rede é muito personalizada**, né? Existe muito aqui em Timon a **relação de apadrinhamento**, né, e de você “fale com o fulano de tal”, porque você tem que falar com alguém específico, se você não for direcionado por aquele alguém específico, você não vai acessar.  
Fragmento da narrativa da 1ªAS-GF1 (destaques nossos).

[...] as minhas condutas são muito mais de **encaminhar para a rede**, porque esses serviços não são ofertados, então, as articulações são mais de encaminhamento para a rede socioassistencial mesmo! Se é uma demanda para o CRAS, do CRAS, do CREAS, para o CREAS, e assim vai!  
Fragmento da narrativa da 1ªAS-GF1 (destaques nossos).

Ainda, com relação à rede de petição e compromisso, os fragmentos extraídos dos grupos focais nos revelam:

Aí, o encaminhamento para rede, a articulação com a rede é muito difícil, pela **personalização da rede**, pelo desconhecimento também, dos serviços que são oferecidos, que são garantidos. Há **esses gargalos que são enfrentados**.  
Fragmento da narrativa da 1ªAS-GF1 (destaques nossos).

Nos Capítulos 1 e 2 ressaltamos a questão dos gargalos da Média Complexidade, pois são os empecilhos que precisam ser superados para fortalecer o desenvolvimento das ações e serviços no âmbito da média complexidade em saúde e ao tratar da rede de atendimento o trecho da fala acima retrata a concepção da personalização da rede e a afirmação de que “Há esses gargalos a serem enfrentados”. Reside aí o trabalho do assistente social de buscar a efetiva articulação com a rede de atendimento, seja por meio do compromisso com a qualidade dos serviços prestados, seja por democratizar as informações sobre a rede, se constitui como direito do profissional.

No [declina o nome da instituição] é, e aí entra um outro **problema da rede**, que é **referência e contrarreferência**, eu mando [...] oriento ela a ir para uma unidade e eu não sei se deu certo, fico sem saber. E a questão das

condições de trabalho que eu acho que talvez a gente fala mais lá na frente, né?

Fragmento da narrativa da 1ªAS-GF1 (destaques nossos).

Assim, a referência e contrarreferência da rede de serviços reflete um dos desafios da articulação em rede, pois o usuário é encaminhado, mas as profissionais afirmam não ter o retorno dos encaminhamentos realizados para a rede de atendimento. Ainda, acrescenta-se que a referência e contrarreferência no município de Timon não é realizada em um sistema informatizado, outro fator que dificulta esta articulação da rede.

Em Timon, o sistema de regulação de usuários pela Central Interno de Leitões (CIL) dentre os serviços estudados, existe apenas no Hospital Municipal do Parque Alvorada, e nos demais serviços especializados ocorre o encaminhamento por escrito ou de forma verbal, realizado pela assistente social.

É importante destacar o encaminhamento para rede de atendimento no sentido de garantir os direitos dos usuários previstos nas normativas legais da política de saúde, conforme ressaltamos no capítulo 1, e as falas das participantes da pesquisa expressam essa visão:

O que que acontece? A gente faz essa escuta tenta viabilizar, a gente tenta porque como tem a dificuldade das redes, como ela [1ª AS] acabou de falar. Falou divinamente bem a respeito das redes, eu ainda quero [...] me adentrar em relação às redes, porque tem muita coisa aqui em Timon... a gente principalmente... Porque a nossa forma de trabalhar é muito difícil, porque a gente não tem nenhum telefone para está entrando em contato com a colega...

Fragmento da narrativa da 4ªAS-GF1.

Destaco ainda que a assistente social ao tratar do seu trabalho e a acessibilidade ou não de articulação com as profissionais da categoria que compõem a rede, remete a valorização da vida do usuário, o atendimento a sua necessidade de saúde e enfatiza que a solicitação da demanda é para garantir a vida do usuário, conforme segue:

Eles são acessíveis, trata a gente muito bem, mas tem muitas colegas assistentes sociais que são muito grosseiras com a gente, sabendo todas nós que nós estamos aqui pra ajudar uma a outra, a gente sabe a dificuldade que a gente encontra no município, né, a gente... as dificuldades são muitas e a **gente está tentando viabilizar uma vida**, porque quando a gente está atrás de um serviço, atrás de uma **rede**, de uma colega... porque realmente a gente não está pedindo para gente, a gente está pedindo para um... para um ser humano que está lá (no caso), é urgência, né? Então, eu nunca consegui falar com a assistente social do CTR, falando sério! [...] e lá são muitas as dificuldades que a gente encontra, viu?

Fragmento da narrativa da 4ªAS-GF1 (destaques nossos).

É pertinente estabelecer uma relação da narrativa acima com o pensamento de Joazeiro (2018) e Mehry (2004), presentes no capítulo 1. Joazeiro (2018) ao mencionar a importância da política de saúde como um espaço de defesa da vida e da cidadania e Mehry (2004) ao destacar o ato político e a posição dos trabalhadores em saúde de lutar em favor da vida.

A quarta assistente social do primeiro grupo focal ao narrar que “a gente tá viabilizando uma vida [...]” trata da temporalidade do cuidado, conforme mencionado na introdução “[...] Nesse encontro [...] em que o usuário está **na sua frente**, emerge **outra temporalidade**, a do cuidado, a do aqui e agora na atividade” (JOAZEIRO, 2018, p. 42, p. 105), em que a profissional necessita conceder uma resposta ao usuário no tempo hábil para garantir o seu direito à vida, bem como destaca o desafio de superar as dificuldades de articulação com a rede. Nesse aspecto ao tratar desses desafios de superar as fragilidades da rede de atendimento remete-se a categoria território, pois é “o lugar em que desembocam todas as ações [...] todas **as fraquezas** [...]” (SANTOS, 2006, p. 13, destaques nossos).

Ancoramos nossa reflexão sobre a narrativa da assistente social, no fragmento supracitado ao discutir a questão do “acionar a rede de atendimento”, nesse espaço de tempo a profissional tem uma tomada de decisão para garantir a vida do usuário. Retomamos a Elias (1998, p. 7), que afirma “ao examinarmos os problemas relativos ao tempo, aprendemos sobre os homens e sobre nós mesmos, muitas coisas que antes não discerníamos com clareza [...] que as teorias dominantes não permitiam apreender”.

Por sua vez, quando a fala da assistente social revela que “tem muitas colegas assistentes sociais que são muito grosseiras com a gente”. Vale lembrar que as ações das assistentes sociais devem seguir as orientações da política nacional de humanização, e devem ser pautadas pelos valores humanos nas relações interpessoais. A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, que tem por objetivo pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários com o intuito de construir “processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si” (BRASIL, 2003, p.2). Um dos pontos centrais desta política é estabelecer a comunicação

entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, e com isso, as assistentes sociais devem ter como norte de suas ações nas relações de trabalho esse posicionamento de prática humanizada entre seus pares.

Além disso, é importante destacar nos serviços de saúde a segurança do paciente. O Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que prevê em sua segunda diretriz melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde. Assim, entende-se a importância das profissionais de saúde, aqui neste trabalho as assistentes sociais estabelecerem uma comunicação mais efetiva para então melhor garantir os direitos dos usuários à saúde.

### 3.5 Avanços e desafios no trabalho do assistente social na Média Complexidade

Os fragmentos abaixo apontam os avanços, as potencialidades e os limites no trabalho das assistentes sociais na Média Complexidade. A acolhida, a escuta, o encaminhamento dos usuários aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde e da Rede Socioassistencial são apresentados como as principais potências, associadas à linguagem e ao conhecimento, conforme segue:

[...] **a minha potencialidade** lá no nosso atendimento do Serviço Social, **é mais a questão do acolhimento, de saber ouvir o paciente**. Às vezes, eles nos procuram muito abalados, não só pela doença [...], mas pela situação que eles estão vivenciando, questão da precarização mesmo. Então, assim, eu acho que é mais a questão do saber ouvir, a escuta, eu [...] para eles é muito importante. Logo que eu entrei na [declina o nome da instituição], eu fazia meus atendimentos bem na entrada, na recepção e eu não achei muito assim apropriado porque é aquele “entra e sai de gente”. [...] agora nós estamos já com uma sala mais reservada, mais fechada. Então, assim, isso nos ajudou muito, a escuta ficou melhor.

Fragmento da narrativa da 5ª AS- GF2, destaques nossos.

No fragmento supracitado a quinta assistente social do segundo grupo focal relata a potencialidade de sua escuta ao usuário e sua acolhida no serviço reforçando a importância do atendimento humanizado pelo profissional de saúde e o olhar atento às suas demandas, buscando compreendê-la e intervir em sua totalidade.

Uma das **potencialidades do Serviço Social** para mim no [declina o nome da instituição] é ao término do dia [...] e **estar tudo resolvido**. Entendeu? Mas, assim, as realizações dos exames que a gente faz o pedido para autorizar, que quando dá certo é de grande potencialidade para mim. Eu fico muito feliz quando dá certo. Não só exames, mas todas **as reivindicações**

**vindas dos usuários.** Eles reivindicam para gente até vale-transporte. Mas, assim, a realização dos exames, quando a gente consegue mandar um paciente para o Alarico Pacheco para mim também é... eu **me sinto potente**. É a resolução. [...] porque a gente sabe que está promovendo, sim, um bem-estar para o paciente.

Fragmento da narrativa da 4ªAS-GF2, destaques nossos.

**Quando eu trabalho a carta de direitos**, eu até falei naquele primeiro encontro, a carta de direitos [...] assim, **a potencialidade é isso, a fala**. Tem um texto da Yamamoto que ela fala da importância da fala como instrumento e da acolhida aí depende da gente ter condições de trabalho [...]

Fragmento da narrativa da 1ª AS-DG, destaques nossos.

As participantes em suas narrativas explicitam três dimensões importantes do trabalho, a questão do direito e da cidadania e o valor de ver o trabalho bem realizado produzindo resultados para a população usuária do SUS. Yamamoto (2008) enfatiza num tempo marcado pela perspectiva neoliberal, um dos riscos tem sido o do assistente social ser considerado um “juiz rigoroso da pobreza”.

Diante dessa crescente restrição da capacidade de atendimento, o assistente social, por estar inserido na ponta final da prestação dos serviços, vê-se, institucionalmente, cada vez mais compelido a exercer a função de um juiz rigoroso da pobreza, técnica e burocraticamente conduzida, como uma aparente alternativa à cultura do arbítrio e do favor (IAMAMOTO, 2008, p. 161).

Ao explicitar a vulnerabilidade social dos usuários que buscam acesso nos serviços de saúde corrobora com essa discussão Rosa (2008), ao afirmar que são estabelecidos “critérios de renda para o usufruto de direitos consignados por meio de “cesta básica” ou “básicos sociais”, contrariando os princípios defendidos pela Constituição Federal de 1988” (ROSA, 2008, p. 132). Assim, os depoimentos das participantes da pesquisa alinham-se aos pontos de vista das autoras com relação à vulnerabilidade social identificada no decorrer dos atendimentos na área da saúde. Essa dimensão remete a importância do posicionamento crítico e do aprimoramento profissional do assistente social, conforme assinala Nascimento (2017),

Imprimir uma **nova forma de visualizar a realidade**, no que tange a **desnaturalização das questões vivenciadas pelo indivíduo**, questionando com criticidade e identificando os fatores que levam a determinado ponto, são **posicionamentos fundamentais e desafiadores para o assistente social**, já que **não são ações homogêneas dentro da categoria**. E que requer um aperfeiçoamento contínuo para ter o domínio dessas prerrogativas que são indissociáveis da prática profissional (NASCIMENTO; *et al*, 2017, p. 47, destaques nossos).

Ao destacar os avanços de sua atuação como profissional de Serviço Social, as participantes ao serem indagadas sobre: quais as possibilidades de sua atuação como assistente social na instituição? as mesmas assinalam,

As possibilidades residem na **relativa autonomia que é presente** e no entendimento da **necessidade do Serviço Social na unidade** (1ª AS-Q).

O maior suporte do Serviço Social na instituição é a parceria forte, a articulação direta com a diretoria, que por sua vez contribui para agilizar os serviços (5ª AS-Q).

Na discussão em grupo, a 1ª assistente social, reforça a questão da relativa autonomia da profissional, pois afirma: “Eu queria só reforçar a importância de pensar a rede dentro de uma perspectiva [...] que a planificação tem pensado. [...] Colocar aqui a questão da relativa autonomia, [que] precisa ser considerada” (Fragmento da narrativa da 1ª AS-DG). Assim, outra assistente social do grupo focal dialoga confirmando que “A gente tem que ter mais respeito” (Fragmento da narrativa da 3ª AS-DG). Essas visões das assistentes sociais corroboram com a concepção de Yamamoto (2008) sobre a relativa autonomia do assistente social.

A autora ao tratar sobre relativa autonomia afirma que o assistente social “[...] atua junto à indivíduos sociais -e não com coisas inertes- dispondo de uma interferência, pela prestação de serviços sociais, na reprodução material e social da força de trabalho” (IAMAMOTO, 2008, p.97). Nesse contexto, a narrativa de uma das assistentes sociais reflete “Que as condições de trabalho acabam limitando [...]” (Fragmento da narrativa da 1ª AS-DG) esta relativa autonomia, pois como o seu trabalho é perpassado pela correlação de forças, a dupla vinculação da profissão, de ora fortalecer o capital, ora fortalecer o trabalho.

Essa correlação de forças e tensionamento vivenciado pelas profissionais remete ao pensamento de Yamamoto (2008, p. 98) de que o trabalho da assistente social

[...] situa-se **predominantemente no campo político-ideológico**: o profissional é requerido para exercer funções de controle social e de reprodução da ideologia dominante junto aos segmentos subalternos, sendo seu campo de trabalho atravessado por tensões e interesses de classes (IAMAMOTO, 2008, p. 98).

Daí a importância que cada profissional atribui a sua intervenção direcionadas para atender as demandas dos usuários, bem como o destaque à relativa autonomia do Serviço Social, concordando com a concepção de Yamamoto (2008) e a necessária articulação com a gestão.



Ainda, como avanços identifica-se o reconhecimento do projeto ético-político do Serviço social como importante no trabalho da assistente social e como ele deve se materializar no âmbito de sua intervenção profissional, pois como assinala Santos (2011),

[...] esse projeto traz grandes contribuições, também, no âmbito do exercício profissional. Em sua essência, **almeja uma intervenção profissional socialmente comprometida com as necessidades das classes subalternas** numa perspectiva de **ampliação da cidadania e aprofundamento da democracia** (SANTOS, 2011, p.169).

Uma das participantes nos revela em suas narrativas a importância do conhecimento do Projeto Ético-Político do Serviço Social e que a sua atuação profissional deve ser pautada na construção de um novo projeto societário, apresentando o seu olhar crítico para a questão social e suas manifestações no cenário contemporâneo, como segue:

Para que a gente consiga ter um... alcançar o nosso objetivo [...] é que **nossa ação seja uma que materialize nosso projeto ético-político**, nosso compromisso com o usuário, muitas vezes eu me questiono várias vezes sobre isso: Que tipo de **projeto de sociedade** o meu trabalho materializa? Que tipo de projeto societário, a **minha prática está favorecendo?** Meu **processo de trabalho está favorecendo?** [...] Então, é se **perguntar sobre que tipo de projeto a gente está favorecendo.**

Fragmento da narrativa da 1ªAS-DG (destaques nossos).

[...] eles são importantes porque são eles que permitem a democratização de informações ao usuário, o empoderamento e a materialização daquilo que a gente se comprometeu com o nosso Projeto Ético-Político.

Fragmento da narrativa da 1ªAS-GF1.

A narrativa de uma profissional em dois grupos enfatiza o valor do projeto ético-político para a profissão, uma vez que ele significa “ter um direcionamento de suas ações que são guiadas por este projeto”. A assistente social traz para o grupo a reflexão sobre qual tipo de projeto de sociedade o trabalho dela como assistente social favorece e revela seu posicionamento crítico frente às limitações do município, da instituição, afirma ser ela própria “uma profissional resistente à lógica do sistema capitalista”, onde, muitas vezes, o trabalho se dá mediado por ações fragmentadas e residuais.

Então assim, o desafio do Serviço Social dentro desse cenário, dentro da menor capilaridade, que é o município que padece de muitas limitações, do **ponto de vista da rede, do serviço fragmentado, residual que não funciona.** É muito complicado, da gente não internalizar a ótica institucional e do município de limites, a ponto de não nos mostrarmos como resistência a isso.

Fragmento da narrativa da 1ªAS-DG (destaques nossos).

Essas reflexões da participante enfatizam a preocupação com a coerência entre ação profissional e Projeto Ético Político. Essa reflexão se coaduna com preocupação de Santos (2011), na qual a entrevistada destaca qual concepção se alia a esse projeto

[...] a concepção ou o projeto de profissão que denominamos “Projeto ético-político”, explicita as competências e atribuições privativas do Serviço Social direcionando suas ações para os aspectos socioeconômicos, políticos e culturais das **diferentes expressões da questão social** que permeiam o cotidiano da **população que busca por nossos serviços**. Isso define e distingue **a ação profissional do assistente social** das demais profissões inscritas na divisão sócio-técnica do trabalho e das diversas áreas de produção do conhecimento das Ciências Sociais e Humanas (SANTOS, 2011, p. 169, destaques nossos).

Em ambas narrativas, também é possível relacionar o trabalho da profissional com a concepção defendida por Vasconcelos (2012) no que tange as exigências postas pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social, ao trabalho do assistente social, sendo necessário que “seja superada uma lógica de inserção dos profissionais e da operacionalização das ações baseada em atenção individualizada, burocrática, repetitiva, acrítica, ‘humanizadora’ de relações pessoais” (VASCONCELOS, 2012, p. 269).

A autora explicita que as ações dos assistentes sociais que escolherem como referência este Projeto de profissão assumem que há a exigência de romper com o papel historicamente construído pelo assistente social de ser o profissional que **complementa as ações dos demais profissionais, complementa o tratamento de doenças, viabiliza de forma burocrática os recursos compensatórios, atua na reprodução do consenso** e do consentimento, enfim, na contribuição da categoria profissional **na reprodução da ordem social capitalista**. É sobre a dificuldade de fazer essa ruptura que a 1ªAS-DG tematiza no fragmento “É muito complicado, da gente não internalizar a ótica institucional e do município de limites, a ponto de não nos mostrarmos como resistência a isso”.

Com relação às limitações no trabalho da assistente social os depoimentos das assistentes sociais apontaram a importância e a necessidade de realizarem o planejamento das ações do Serviço Social no âmbito da Média Complexidade, bem como estarem atentas às condições de trabalho nas instituições, tendo sido enfatizado tanto a dimensão individual quanto coletiva do trabalho nessa esfera de ação.

O planejamento das ações como define Baptista (2000, p. 14) é uma “[...] ferramenta para pensar e agir dentro de uma sistemática analítica própria, estudando as situações,

prevendo seus limites e suas possibilidades, propondo-se objetivos, definindo-se estratégias.” Neste sentido, ainda o define como um processo lógico-racional e político.

Na área da saúde Miotto e Nogueira (2009) enfatizam a importância do processo de planejamento e de gestão, conforme mencionado no capítulo 2, que “correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no nível de gestão do SUS, no âmbito das instituições e serviços de saúde, no planejamento e gestão de serviços sociais em instituições, programas e empresas, e na sistematização das ações profissionais” (MIOTTO; NOGUEIRA, 2009, p. 57).

Desse modo, as narrativas das assistentes sociais sobre a necessidade de inserir o plano de ação nas atividades do Serviço Social na saúde vão ao encontro da visão das autoras, que o mencionam como elemento primordial para a sistematização das ações profissionais. Assim, por entender a importância do planejamento em saúde as profissionais devem realizá-lo no exercício da profissão.

No que tange à discussão sobre os limites, as assistentes sociais foram indagadas no questionário sobre: Quais os limites de sua atuação como assistente social na instituição? Observa-se que houve bastante convergência entre as respostas individuais aos questionários e as discussões em grupo. A análise dos questionários revelou a falta de condições materiais para o exercício do trabalho, a “lógica de atendimento ainda fragmentada e pouco centrada no sujeito”, o foco em demandas imediatas e baixa e falha articulação com a Atenção Primária à Saúde.

Falta de sala, computador, telefone; **Ausência de uma perspectiva de trabalho interdisciplinar**, lógica de atendimento ainda fragmentada e pouco centrada no sujeito; identidade atribuída do Serviço Social, dentre outras condutas; foco em demandas imediatas e baixa e falha articulação com a Atenção Primária à Saúde (1ª AS-Q).

É quando me **repassam algumas demandas que não cabe** à intervenção do assistente social (3ª AS-Q).

Nos grupos focais ou de discussão as participantes deram ênfase à falta de condições e de instrumentos de trabalho, conforme segue:

E os **limites são ligados às condições de trabalho**, às **condições de sala**, a questão de **registros**, por exemplo, lá no [declina o nome da instituição] eu até comecei há um tempo a registrar mais hoje não registro, é uma falha. No livro de registros. Hoje eu não registro mais, a maioria dos meus atendimentos [...] são **demandas espontâneas**, são aqueles atendimentos

rápidos porque **não têm como eu fazer uma entrevista social sem sala, nos corredores**. Quem conhece a realidade do [declina o nome da instituição] sabe que é sempre cheio, os corredores são sempre cheios. Eu **não tenho como garantir um sigilo para o usuário conversando em pé com ele**, às vezes o usuário se emociona. Então assim, [...] eu fico conversando com ele ali rapidinho, ele só assina a ficha para comprovar que eu o atendi.

Fragmento da narrativa da 1ª AS-DG (destaques nossos).

[...] **são várias dificuldades** que eu vejo que poderiam melhorar na questão **do atendimento, do acolhimento**, poderíamos estar **entregando folhetos de orientação**, colocando os direitos, até mesmo para eles terem mais acesso. E eu tenho até interesse da gente fazer esse plano de ação lá, mas quando eu paro para botar no papel, [silencia e afirma] o material ... nós não temos. Um transporte, às vezes, eu uso o meu próprio carro para, às vezes, levar um paciente [...] “Você mora onde?”. Ele diz: “Eu moro na Cidade Nova”. Eu digo: “E você vai como?”, e ele diz: “Ah, eu vou caminhando devagarzinho e quando chegar”. Então, assim, [...] **a saúde poderia melhorar nessa questão**. Eu não tenho um transporte lá, se quiser resolver, **tem que ser no nosso carro**, se quer **fazer algum tipo de ligação, tem que ser no nosso telefone, entendeu?! Então, isso tudo é um custo**. E fora a questão da valorização salarial que é muito pequena.

Fragmento da narrativa da 5ª AS- GF2 (destaques nossos).

Essas narrativas apontam para questões essenciais que criam obstáculos para o exercício profissional do assistente social, uma vez que a profissional deve exercer sua função de forma condizente com suas competências e atribuições privativas estabelecidas na Lei nº. 8.662/93, que regulamenta a profissão.

Finalizando, a última pergunta do questionário que analisaremos refere-se a seguinte questão: Qual contribuição você gostaria de acrescentar a esse estudo? Uma das participantes externou sua expectativa positiva em relação ao produto de nosso estudo,

Fazer uma **relação objetiva entre Atenção Básica, Média e Alta Complexidade**. Sei que está pesquisando sobre a Média, mas fazer uma boa explanação seria ótimo. Em reabilitação o processo de tomada de decisão envolve vários passos, e às vezes, a falta de diálogo interfere nesses passos, **dificultando tomada de decisões apropriadas**. **A articulação em rede é vista através de serviços, programas e projetos**, objetivando aos usuários respostas as suas demandas e necessidades sociais (2ª AS-Q).

Nesse fragmento a participante destaca a importância de relacionar a temática de articulação da rede de serviços, tema este que foi recorrente durante o estudo e a realização dos grupos focais. Ainda acrescenta a sua visão com relação às decisões a serem tomadas no seu processo de trabalho na Média Complexidade.

Outro aspecto importante ressaltado no questionário de uma das assistentes sociais refere-se à identidade atribuída ao Serviço Social,

A ‘identidade atribuída’ ao Serviço Social leva as usuárias a buscarem uma solução e um acesso imediato. Dentro desse contexto e considerando a lógica da instituição busca-se fazer mediações com vistas a garantir o acesso da usuária ao serviço.

Nesse fragmento do questionário a participante revela a busca do acesso imediato ao serviço e reafirma a concepção e crítica de Guerra (2012) sobre o atendimento e respostas imediatas da profissão as demandas dos usuários que lhe são apresentadas.

Ao indagar as profissionais sobre o ponto de vista referente ao que não foi abordado no grupo focal e do que elas gostariam de acrescentar sobre o trabalho do assistente social na instituição de saúde de Média Complexidade, foi afirmada a importância de se publicizar a pesquisa, para além do âmbito universitário de forma a se constituir numa proposta concreta de mudanças no âmbito do exercício profissional das assistentes sociais nas instituições, que também sensibilize a gestão para que tenha conhecimento sobre os resultados da pesquisa, bem como sobre a importância deste estudo, conforme segue:

[...] É uma discussão muito pertinente, tanto que perguntas, são como um roteiro, não são perguntas fechadas, então, há possibilidade da gente apontar tantas questões. [...] Então, isso significa que a gente estava ansiosa, tinha esse anseio por esse **lugar de fala**. A gente fala do lugar de fala do usuário e qual é o nosso lugar enquanto profissional? **Da gestão nos ouvir** e colocar, [...] e acredito que você [refere-se a pesquisadora] enquanto profissional e pesquisadora certamente tem o compromisso de disseminar esses áudios e nos mostrar um produto disso. **A sua própria sistematização já é um produto**. Mas eu acredito que **o estudo, ele permite que a gente pense estratégias [...], oportunidade de melhorias**, quando a gente fala de gestão do problema, **temos que pensar nas oportunidades de melhoria que ele nos traz [...]**.

Fragmento da narrativa da 1ª AS- GF1, destaques nossos.

Eu fiquei... eu acho que é **bom até participar de uma tese dessa**, porque estar participando? Por que eu acho que qualquer lugar que estejam estudando, fazendo uma tese de **mestrado que reúna um grupo de 05 a 06, principalmente do mesmo município**, talvez fosse municípios diferentes, não teria tanto, é... mas do mesmo município, a gente, praticamente, nos conhecemos e não nos conhecemos. É louvável, eu **estou muito feliz de conhecer todas...**

Fragmento da narrativa da 2ªAS-GF1, destaques nossos.

As contribuições da pesquisa para a intervenção profissional referida pela primeira participante do estudo corroboram com a importância do planejamento das ações em saúde e a

mediação e sensibilização junto à gestão de saúde no município, de que esse trabalho seja publicizado e apresentado aos gestores para que se materialize concretamente no desenvolvimento das ações de saúde na cidade de Timon.

Observa-se a relevância do estudo e a expectativa de novos encontros sobre a temática, bem como o incentivo à realização de novos cursos para as profissionais, como registrado nas respostas ao questionário pelas outras assistentes sociais:

Quero aqui agradecer a colega, [declina o nome da pesquisadora] pela oportunidade de participar desses encontros e pela troca de experiências. Obrigada. Aguardamos o próximo. (3ª AS-Q)

Que os resultados ultrapassem os muros da universidade e que a publicização permita uma reflexão acerca da necessidade de reordenamento dos serviços, de modo a garantir que o processo de trabalho do assistente social seja efetivado em consonância com as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. (1ª AS-Q)

Ainda, como resultado positivo do estudo uma das assistentes sociais, se referiu a importância da realização da dissertação e como este estudo contribuiu para que elas pudessem se conhecer mais, estabelecendo assim uma maior ligação e articulação das profissionais de Serviço Social do município de Timon.

É importante perceber o lugar de *quem fala*, a assistente social se posiciona como protagonista no processo da pesquisa e da sua atuação profissional, tendo expressado a necessidade das profissionais externarem suas opiniões a respeito do trabalho da assistente social na Média Complexidade. Acrescentaram ainda como contribuição da pesquisa, a importância de os resultados de estudo transporem os “muros da universidade” e impactar diretamente na gestão e no trabalho das assistentes sociais na saúde no município de Timon.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

No estudo tivemos como objeto de análise o trabalho do assistente social nos serviços de saúde de Média Complexidade no município de Timon, tendo havido destaque para os avanços e desafios *da e na* profissão. Analisamos o trabalho sob a perspectiva dialética de Marx com base nas narrativas das assistentes sociais nos grupos focais, na discussão em grupo e nos questionários.

A pesquisa permitiu analisar o trabalho do assistente social nas instituições de saúde de Média Complexidade no município supramencionado, sendo que, a partir da fundamentação teórica e da triangulação de fontes, tendo no horizonte o alcance dos objetivos do estudo, pode-se perceber que no desenvolvimento de seu trabalho, o assistente social é colocado diante de um conjunto de demandas que, muitas vezes, são marcadas pela tensão entre múltiplas temporalidades. Nessa perspectiva, as assistentes sociais marcaram em suas narrativas que, diariamente, são chamadas a intervir num espaço, marcado por múltiplas formas de saberes e de tecnologia, contudo, são profundamente tensionadas pela ampliação da demanda de atenção especializada em saúde, cuja oferta está subdimensionada em relação à disponibilidade de vagas de consultas, exames especializados e de leitos hospitalares. Daí a contínua alusão à preocupação gerada no coletivo das assistentes sociais, provocadas pelas demandas assistenciais crescentes e a reduzida oferta de respostas em consonância com as necessidades em saúde desse nível de complexidade.

Na produção do cuidado em saúde, as assistentes sociais compreendem o lugar dos usuários, em suas necessidades humanas básicas e de saúde, e assim, desenvolvem seu trabalho nesse tensionamento entre o atendimento às demandas da população e a busca de trabalhar com os limites impostos às instituições na Rede de Média Complexidade. Assim, percebeu-se que o fluxo dos serviços intra e inter serviços não é decidido na esfera assistencial ou operacional, mas na esfera decisória, que engloba o contexto macro da política pública de saúde e correlatas.

O olhar das profissionais para a realidade social na qual estão inseridas, bem como, nas inúmeras referências aos usuários dos serviços e às suas necessidades em saúde, revelou a necessidade de estabelecer um fluxo dos serviços de saúde no município de Timon mais condizente com o tempo presente, uma vez que foram assinalados que existe a articulação e o encaminhamento para a rede de serviços de saúde, mas identificou-se a existência de um fluxo frágil. Assim, inúmeras vezes assinalaram que é urgente a necessidade de [re] estabelecer um fluxo na Rede de Atenção à Saúde, e de publicizá-lo tanto para os profissionais, quanto para os usuários, com o intuito de fortalecer a Rede de atendimento e a garantia do direito à saúde.

O estudo revelou que o trabalho do assistente social nesse nível de complexidade, está profundamente marcado pela dinâmica de tentar produzir acessos e fluxos mais resolutivos no atendimento na Rede, com vistas a imprimir dinamicidade aos processos de fruição do direito na atenção à saúde na esfera do SUS. Contudo esse trabalho está marcado de forma inequívoca por obstáculos presentes na dinâmica da Rede de Serviços da Média Complexidade, devido às dificuldades de acesso que geram “gargalos” entre os Serviços da Média e da Alta Complexidade da Rede de Atenção à Saúde no Município.

No contexto investigado, as assistentes sociais, em sua maioria, demonstraram que a potência do seu trabalho na saúde está marcada pelo diálogo e pela escuta do usuário, pelo acolhimento visando a humanização do atendimento e a busca da fruição do acesso mediadas por densos processos de encaminhamentos à Rede de Atenção à Saúde e para a Rede Socioassistencial, considerando que o Serviço Social utiliza a linguagem como “recurso básico de trabalho” (IAMAMOTO, 2002), e assinalaram, com ênfase no seu trabalho diário, a presença marcante de ações centradas na defesa da vida e da cidadania.

Na temporalidade do cotidiano, inúmeras vezes as profissionais aludiram ao sentimento de impotência frente às demandas que chegam aos serviços, mas que como essas respostas devem ser pautadas no seu compromisso ético-político com a profissão, com a população usuária dessa política pública, bem como, deve ser fundadas em ações planejadas para o enfrentamento das necessidades em saúde e das expressões da questão social, continuamente elas se colocam em busca de construir caminhos e estratégias de inclusão com base no diálogo.

Uma análise atenta às narrativas das profissionais sobre a questão social e os dados estatísticos do perfil epidemiológico e dos atendimentos realizados com base nos serviços de



saúde no município, apontaram que as assistentes sociais direcionam seu olhar e sua intervenção para as necessidades dos usuários e de seus familiares.

Nessa ótica, o estudo revelou que as necessidades em saúde da Média Complexidade na sua articulação com as expressões da questão social no universo do atendimento à saúde situam-se para além da doença e do acesso dos usuários a consultas e exames, que são de competência desse nível de atenção especializada, mas coadunam-se com uma marcante presença de obstáculos de descontinuidades presentes nessa Rede associadas ou não às múltiplas expressões da questão social explicitadas ao longo do estudo, dentre elas destacaram a vulnerabilidade social, o desemprego, a violação do direito à crianças, aos adolescentes e às mulheres vítimas de violência, idosos abandonados, a insegurança alimentar e de renda.

Dito isso, identificamos que as assistentes sociais reconhecem a interferência dos Determinantes Sociais na Saúde no processo saúde-doença e o seu olhar crítico, na perspectiva de compreender as marcas da conjuntura social, política e econômica presentes nas necessidades em saúde dos usuários dos serviços de saúde de Média Complexidade e nos demais níveis de atenção à Saúde.

Assim, as assistentes sociais revelaram que as vulnerabilidades decorrentes da questão social incidem na sua atuação profissional na saúde, posto que nela se materializam sob a forma de múltiplas necessidades, fato que lhes impõe diversas formas de gerir o trabalho para o enfrentamento dessas expressões da questão social no atendimento às necessidades humanas básicas e de saúde da população. E ao fazê-lo, explicitam que reconhecem o provimento dessas necessidades como direito, e entendem o seu enfrentamento como uma necessidade e uma possibilidade que visa o empoderamento dos usuários do SUS. Nesse sentido, o seu trabalho cotidiano está fortemente ligado à questão da luta pelo direito à saúde, aqui incluso o mais importante, o direito à vida.

As análises da discussão sobre território e Média Complexidade no município de Timon se coadunam com as pesquisas realizadas acerca dessa temática no Brasil e apontam para a necessidade de ampliar e redimensionar os serviços de Média Complexidade, bem como, apontam para a necessidade de intensificar o investimento e criar estratégias que facilitem o acesso da população a esse segmento da atenção à saúde pública. Na série histórica é perceptível a expansão da oferta de serviços de saúde de Média Complexidade no município. Contudo, a compreensão da dinâmica analisada na pesquisa contribuiu para revelar

traços de fragilidade da situação de saúde no âmbito desse nível de complexidade, podendo contribuir para uma consistente reflexão dessa esfera de atenção, que demanda de gestores a criação de estratégias políticas que objetivem um maior alcance desses serviços para o usufruto em tempo hábil à população usuária.

A Reforma Sanitária e o SUS são construções históricas e como tal, o seu devir está em aberto na direção do futuro a construir. O estudo revelou que urge que se reconfigure a dinâmica nas redes de saúde de Média Complexidade, imprimindo movimentos e linhas de cuidado compatíveis com as necessidades de atenção à saúde e que se reproponha a centralidade do direito à saúde e a vida nos marcos da política de Saúde local e regional.

Aponta-se que as formas atuais da gestão da rede contribuem para a existência de obstáculos ao acesso efetivo dos usuários às consultas e procedimentos de Média Complexidade, como a disponibilidade de recursos financeiros, a dependência do setor privado e a falta de um protocolo claro de regulação dos pacientes para os serviços especializados.

O direito à saúde e a justiça social estão intimamente relacionados à distribuição igualitária dos serviços públicos à população, entre eles, os serviços de saúde, cujo acesso está previsto pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS. O caminho para a garantia da efetivação desses direitos passa pela formulação e implementação de políticas que contemplem o “território vivido” (SANTOS, 2006), as peculiaridades regionais e os indicadores sóciodemográficos para uma compreensão da situação de saúde e uma melhor aplicação dos recursos disponíveis.

A temática da territorialização no contexto da Média Complexidade em saúde e do trabalho do assistente social nesses serviços precisa ser analisada como uma questão relevante no âmbito da produção científica, o desenvolvimento desse e de outros estudos nessa área tem papel importante à medida que se propõe a estabelecer um diálogo sobre o lugar do cuidado e do coletivo no processo de fortalecimento das políticas públicas, tendo no horizonte a complexidade da atenção secundária em saúde e sua relação com o contexto social, político e econômico.

Diante do exposto, identificou-se que as assistentes sociais que trabalham nas instituições de saúde de Média Complexidade de Timon têm buscado exercer suas atribuições privativas e competências profissionais em conformidade com as legislações e as normativas

legais, pautadas nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão.

As condições de trabalho, como o uso do telefone pessoal para contactar a rede de atendimento, a dificuldade de transporte para realizar as visitas domiciliares, a dificuldade de comunicação com os demais profissionais da equipe, com destaque para médicos e enfermeiros, mas também com algumas profissionais de Serviço Social de outras instituições impactam direta ou indiretamente na intervenção profissional e junto a equipe multiprofissional. Assim, no cotidiano as assistentes sociais revelam as estratégias que se utilizam para transpor esses limites e fortalecer o trabalho em equipe por meio da comunicação efetiva entre os trabalhadores de saúde, os usuários e os gestores.

As assistentes sociais apontaram para a importância de romper com a cultura do atendimento individual, da personalização da rede, da cultura de que o usuário só é atendido se tem um “bilhete” encaminhando para outro serviço, de modo a fortalecer a cultura da universalidade de acesso à saúde. Destaque-se ainda urgência de fortalecer a potência do núcleo de saber específico da profissão, se posicionando no espaço sócio ocupacional e congregando os demais profissionais das equipes para a realização de ações em conjunto, na defesa da produção em saúde, do cuidado em saúde compartilhado.

O olhar atento ao trabalho das assistentes sociais no campo da saúde de Média Complexidade, revela que há demanda aos profissionais de respostas às expressões da questão social, fato que indica que no território transita a busca pela tessitura da articulação inter e intra serviços por meio da rede de petição e compromisso, e que a assistente social e os demais profissionais da equipe multiprofissional nela atuam juntamente com os demais serviços da rede de atendimento.

No estudo, essa articulação no território timonense da Rede de Atenção à Saúde, impõe às assistentes sociais que transitam nessa rede, buscar superar os desafios da descontinuidade de fluxo de atendimento e fortalecer a rede de petição e compromisso, nos mais diversos níveis, desde a Atenção Básica, a Média e a Alta Complexidade, revelando o potencial e as possibilidades de intervenção do Serviço Social na saúde, bem como a busca constante de superar a lógica fragmentada do serviço e a necessidade da mudança da ênfase na tecnologia centrada, para uma rede usuário centrada (MERHY, 2001), posto que como assinala o autor, “a vida de cada brasileiro vale a pena”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social** (Texto na íntegra aprovado em assembleia em novembro de 1996). Rio de Janeiro: 1996.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2011.
- BAGSHAW, P.; BAGSHAW, S.; FRAMPTON C. et al. Pilot study of methods for assessing unmet secondary health care need in New Zealan. **New Zealand Medical Journal**. Wellington, v. 130, n. 1452, p. 23-28, mar. 2017.
- BAPTISTA, M. V. **Planejamento Social**: intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Veras Editora, 2000.
- BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009, p.13-39.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2)
- BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. de M. Questão Social e direitos. In: Conselho Federal de Serviço Social. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009. v.1. p. 267-284.
- BECKER, H.S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. Tradução: Marco Estevão e Renato Aguiar. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Brasil**: Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. 1ª ed. Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Senado, Brasília: DF. 1988. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em: 10 de julho de 2016.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 10 de dezembro de 2017.

BRASIL. **Lei nº. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em: 10 de julho de 2016.

BRASIL. **Lei n. 8.662**, de 7 de junho de 1993. Brasília: DF. 1990. Disponível em

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8662.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm). Acesso em: 10 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002.**

Brasília: MS. 2004. Disponível em;

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_normativa\\_programa\\_saude\\_familia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_normativa_programa_saude_familia.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **BPA - Boletim de Produção Ambulatorial: Manual de Operação do Sistema.** 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).** 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas sobre o PAIF: serviço de proteção e atendimento integral à família – PAIF, segundo a tipificação nacional de serviços socioassistenciais.** Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA). SAGI. **Relatório de Informações Sociais (SAGI).** 2019. Disponível em:

<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/relatorio.php#Beneficios>. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004.** Brasília, DF: 2005. Disponível em:

[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em: 22 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Panorama Municipal segundo Censo Demográfico 2010**. BRASÍLIA, DF: 2010. Disponível em:

[https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/carrega\\_pdf.php?rel=panorama\\_municipal](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/carrega_pdf.php?rel=panorama_municipal). Acesso em: 15 de setembro de 2017.

BRAVO, M. I. de S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009, p.88-110.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. de S.; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. de S. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência Saúde Coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.2, p. 219-230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 18 de setembro de 2017.

CARVALHO, A. I. de.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 121-142.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

CERQUEIRA FILHO, G. **A questão social no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993.

CFESS. **Resolução n. 383**, de 29 de março de 1999. Brasília, 1999.

CFESS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS. 2009.

CFESS. **Atribuições Privativas do/a Assistente Social em Questão**. Brasília, 2012.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2014.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 3. ed. São Paulo: Moderna, 1982.

CHIORO, A; SOLLA, J Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p. 547-576.

COMPARATO, F. K. A Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. **A afirmação dos Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 237-252.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO(CNE)/ CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR(CES). **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social**. Resolução n. 15, de 13 de março de 2002. Brasília, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 218**, de 06 de março de 1997. Brasília, 1997.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. IN: MOTA, A.E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009, p.304-351.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista USP**, n. 17. São Paulo: Ed. da USP, 1993.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. 201 p.

FALEIROS, V. P. O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 120. 2014. p. 706-722.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia**, Uberlândia, v. 9, n. 16, p. 131-147. Jun. 2013.

FÁVERO, E. T. O estudo social. Fundamentos e particularidades de sua construção na área judiciária. In: CFESS (Org). **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na previdência social**. São Paulo, Cortez, 2007.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M.; KRONEMBERGER, T. S.; e ZANI, F. B. Democratização do Poder Local e as Dimensões da Inovação em Saúde: desafios metodológicos da investigação. In: FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes/ Editora FIOCRUZ, 2014. cap. 7, p.385-413.

- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas, SP). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec. 2007.
- GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. 8. reimp. São Paulo: Atlas, 2007.
- GOMES, F. F. C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 31-43, jan. 2014.
- GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>. Acesso em: 04 de julho de 2017.
- GUERRA, Y. G. **A instrumentalidade do Serviço Social**. SP, Cortez, 2011.
- GUERRA, Y. G. A dimensão investigativa do Serviço Social. In: Conselho Federal de Serviço Social. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Direitos Sociais e Competências Profissionais**. 2009. v.1. p. 701-718.
- GUERRA, Y. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, C. M.; BACKX, S.; GUERRA, Y. (org.) **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012. p. 39-68.
- HELLER. **Sociología de la vida cotidiana**. Trad. J. F. Yvars e E. Pérez Nadal. Barcelona: Península, 1977.
- HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. SP, Cortez, 2002.
- IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.



IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-cupacionais do assistente social. In: Conselho Federal de Serviço Social. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Direitos Sociais e Competências Profissionais**. 2009. v.1. p. 341-376

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico metodológica. São Paulo: Cortez, [Lima, Peru], 2003. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo de 2010**. Município de Timon. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ma/timon/panorama>. Acesso em: 15 de setembro de 2017.

IBGE. POP\_IBGE\_SINASC\_2016IBGE\_ESTIMATIVA\_2012\_SINASC\_2014(1). **Censo 2010**. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.pni.datasus.gov.br/downloads.asp>. Acesso em: 18 de setembro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em 27 de fevereiro de 2019.

JOAZEIRO, E. M. G. **Estágio Supervisionado**: experiência e conhecimento. Santo André: ESETec, 2002.

JOAZEIRO, E. M. G. **Supervisão de Estágio**: formação, saberes, temporalidades. Santo André: ESETec, 2008.

JOAZEIRO, E. M. G. **Supervisão Acadêmica e de Campo**: relação entre saberes. Teresina: Edufpi, 2018.

KOGA, D. **Medidas da Cidade**: entre território de vida e territórios vividos. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KOGA, D. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v.16, n. 1, p 30-42, jul./dez. 2013.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (5): 2307-2316, 2010.

LULA, Venâncio. **Vila de flores**. Brasília. 1991.

MACHADO, G. S.; SANTIAGO, L. Perfil e Demandas da Judicialização da Saúde. **Anais VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís, 2013.

MARTINELLI, M. L. **O uno e o múltiplo**: nas relações entre as áreas do saber. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social**: Identidade e alienação. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

- MARTINELLI, M. L. Serviço Social em hospital- escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social & Saúde**, ano I, (1): 1-12. 2002
- MARTINELLI, M. L. O Serviço Social e a consolidação de direitos: desafios contemporâneos. **Serviço Social & Saúde**, ano X, (12): 1-17. 2011.
- MARTINELLI, M. L.; KOUMROUYAN, E. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnicos operativos em Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 45, 1994.
- MARX, K. **O capital**. V. I, tomo 1. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- MATOS, M. C. **Serviço Social Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.
- MATOS, M. C. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 124, p. 678-698. out./dez. 2015.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a Micropolítica do trabalho vivo. In: **Praxis en Salud: un desafío para lo público**. MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Buenos Aires, São Paulo: Lugar Editorial, Editora HUCITEC. 1997, p. 71-112.
- MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em Saúde. In: **Praxis en Salud: un desafío para lo público**. MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Buenos Aires, São Paulo: Lugar Editorial, Editora HUCITEC. 1997, p. 113-150.
- MERHY, E. E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- MERHY, E. E. Perspectivas atuais do SUS e o agir tecnológico do trabalhador como um ato ético-político. **Serviço Social & Saúde**. UNICAMP, Campinas, v. 3, n. 3, 2004, p. 1-12.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Revista Interface**. Botucatu. vol.4 n.6. Fev. 2000. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832000000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009)

Acesso em: 08 de março de 2018.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. NESP/CEAM/UnB, Brasília, 2012, p.151-163.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios Atuais do Sistema Único e Saúde-SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. *In: Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em Vigilância à Saúde**. 2003. 170f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

MOTA, A.E. *et al.* (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006. 2009

NASCIMENTO, E. F. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social: saberes e práticas profissionais**. Caxias: Itacaiúanas, 2017.

NETTO, J. P. Cinco notas à propósito da “questão social”, **Temporalis**, Revista da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social, Brasília, ano II, n.3, p. 41-59, jan./jun. 2001

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 6ª Ed. São Paulo, Cortez, 2002.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

OLIVEIRA, F. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. *In: OLIVEIRA, F. (Orgs.) Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília: NEDIC, 1999, p. 55-81.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. *In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.) Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p 455-466.

- PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 3.ed., São Paulo: Cortez, 2011.
- PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. IN: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N.T.; SOUZA, R.G. (orgs). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.
- PICHLÖFER, O.; MAIER, M. Unregulated access to health-care services is associated with overutilization--lessons from Austria. **European journal of public health**, Estocolmo, v. 25, n. 3, p. 401-3. Jun. 2014.
- PIMENTA, A. L. Presidente do COSEMS afirma que prefeituras investem mais que Estados e União no financiamento do SUS. **Jornal do Cremesp**. Edição 215, 7/2005. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Jornal&id=531>. Acesso em: 10 de agosto de 2016.
- PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2017.
- QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: FFLCH USP, 1985.
- ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2008.
- ROSA, L. C. S. **Classes Sociais, gênero e etnias na Saúde Mental**. Teresina: Edufpi, 2015.
- SANTOS, C. M. dos; NORONHA, K. O estado da arte sobre os instrumentos e técnicas na intervenção profissional do assistente social – Uma perspectiva crítica. In FORTI, V.
- GUERRA, Y. **Serviço Social**: temas, textos e contextos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, p. 47-63.
- SANTOS, M. O dinheiro e o território. In: SANTOS, M. et al. **Território e territórios**: ensaios sobre o ordenamento territorial. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2006, 2.ed, p.13-21.
- SANTOS, C. M. **As entidades do Serviço Social brasileiro na defesa da formação profissional e do projeto ético-político**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 108, p. 785-802, out./dez. 2011
- SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS). **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal**. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>> Acesso em 20 de fevereiro de 2019.

SANTOS, R. L. **História, memória e identidade na cidade de Timon na década de 1980.**

Dissertação (Mestrado em História do Brasil). Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina: 2007.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS). **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna.** Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>> Acesso em 20 de fevereiro de 2019.

SEVERO, R. R. Apropriação do princípio da integralidade na política de saúde e a análise documental como estratégia de pesquisa. IN: ARCOVERDE, A. C. B. (org.). **Metodologias qualitativas em pesquisa social.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2013, p. 155-179.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. da S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de Média Complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**[online]. 2010, vol.20, n.3, pp. 953-972. ISSN 1809-4481. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>. Acesso em 20 de agosto de 2016.

SILVA, L. B.; MENDES, A. G. Serviço Social, Saúde e a interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. **Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional.** São Paulo: Papel Social, 2013, p. 49-64.

SOUSA, R. de C. **TIMON: sua história, sua gente.** Halley Gráfica e Editora: 2005.

SOUSA, C. T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação.** Vol. 8. Ponta Grossa, 2008. P. 119-132.

SOUZA, H. J. **Como se faz análise de conjuntura.** 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a Reforma Sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **ERA.** São Paulo, v. 49, n.4, out./dez. 2009, p. 472-480.

TEMPORÃO, J. G. (entrevista) **Revista Conasems**, ano II, n.23, p.5-12, mai./jun. 2007.

Disponível em <http://www.conasems.org.br/files/revista23.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2016.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3), p. 941-951. 2017.

Disponível em [www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0941.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0941.pdf)

TIMON. **Relatório Anual de Gestão de 2013 da Secretaria Municipal de Saúde.** (*mimeo*). 2013.

TIMON. **Relatório Anual de Gestão de 2014 da Secretaria Municipal de Saúde.** (*mimeo*). 2014.

TIMON. **Relatório Anual de Gestão de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde.** (*mimeo*). 2015.

TIMON. **Relatório Anual de Gestão de 2016 da Secretaria Municipal de Saúde.** (*mimeo*). 2016.

TIMON. **Relatório Anual de Gestão de 2017 da Secretaria Municipal de Saúde.** (*mimeo*). 2017.

TIMON. **Relatório Anual de Gestão de 2018 da Secretaria Municipal de Saúde.** (*mimeo*). 2018.

TIMON. **Plano Municipal de Saúde de Timon-MA 2018 – 2021.** (*mimeo*). 2018.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva.** Campos, G.W. de S [et.al.] – São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. In: Conselho Federal de Serviço Social. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009. v.1. p. 126-139.

## APÊNDICES



## APÊNDICE 1– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde)

TÍTULO DO PROJETO: **O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA MÉDIA COMPLEXIDADE NO CAMPO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TIMON (MA): avanços e desafios *da e na* profissão**

**Pesquisadora responsável:** Violêta Maria da Silva Nolêto

**Orientadora:** Profa. Dra. Edna Maria Goulart Joazeiro

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí/ Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas/ Linha Cultura, Identidade e Processos Sociais.

**Telefones para contato:** Pesquisadora responsável.

Você, \_\_\_\_\_ assistente social, está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa científica, que faz parte do Projeto de Pesquisa em nível de Mestrado, de minha autoria, intitulada “O trabalho do assistente social na Média Complexidade no campo da Saúde do Município de Timon (MA): avanços e desafios *da e na* profissão”, sob a orientação da Profa. Dra. Edna Maria Goulart Joazeiro. Este estudo contribuirá para a compreensão de importantes dimensões do trabalho da(o) assistente social, com implicações tanto para a assistência, quanto para o ensino e a pesquisa no campo da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo visa compreender o ponto de vista de *quem* realiza o trabalho de atendimento à população usuária do SUS nas instituições de saúde deste nível de complexidade, no município de Timon (MA).

A pesquisa tem por objetivo compreender o trabalho do assistente social nas instituições de saúde pública de Média Complexidade no município de Timon (MA), enfatizando o trabalho que esse profissional empreende tanto no espaço da média complexidade, quanto o realizado na interface entre esse nível e os demais níveis de complexidade no campo da saúde.

Trata-se de uma pesquisa que tem como referencial metodológico a abordagem quanti-qualitativa e utilizará os seguintes instrumentos para a coleta de dados com vistas a uma aproximação para análise da realidade: o preenchimento de **questionário** por você, assistente social, mediante a sua anuência, e com prazo de 5 dias para devolução à pesquisadora e a sua **participação em dois grupos focais** com outros assistentes sociais que atuam no campo da Saúde pública, neste nível de complexidade que tenham aceitado fazer parte do Estudo, cujo registro da reunião deverá ser gravado em áudio, em dois gravadores, para garantir a qualidade das informações registradas, bem como para compreensão da riqueza das contribuições da(o)s participantes. Esse material é de uso restrito à pesquisadora.

Vale ressaltar que os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução nº. 510/2016. A presente pesquisa apresenta riscos mínimos, como o desconforto em participar do grupo focal que poderá gerar constrangimento e mal-estar durante a sua realização, dada a subjetividade e particularidade de cada participante. Nesse sentido, como no grupo focal será abordado a relação do entrevistado com o trabalho, pode ocorrer desânimo, em função de produzir narrativas do entrevistado sobre o seu cotidiano profissional. Como forma de minimizar tais riscos, o grupo focal será realizado em local reservado, o período da realização do mesmo será de acordo com sua disponibilidade e



prévio agendamento, e na possível ocorrência de tais riscos será proposto a interrupção do grupo e remarcação conforme sua preferência, e também, se necessário, será minimizado via suporte psicológico dos profissionais de Psicologia do Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco, localizado na Avenida Luís Firmino de Sousa, 2258, Bairro São Benedito, Timon (MA).

Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não do termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à ressarcimento, conforme itens III.2.0, IV.3.g, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

A pesquisa prevê benefícios para a sociedade, pois contribuirá para o esclarecimento do tema para a coletividade, porque o presente estudo irá colaborar com conhecimentos sobre a Política de Saúde, com ênfase na Média Complexidade e o Trabalho do Assistente Social nesse processo, bem como para fortalecer o desenvolvimento da política de saúde no município de Timon.

Os princípios que serão aplicados a toda(o)s a(o)s participantes deste estudo são os seguintes:

- a) Sua participação é voluntária, sendo resguardado o sigilo de sua identidade;
- b) Está garantido que você não terá nenhum tipo de despesa material, nem constrangimento moral decorrente da pesquisa;
- c) Você é livre sair do estudo a qualquer momento que desejar; sem que haja qualquer constrangimento,
- d) Após a leitura destas justificativas, você poderá fazer qualquer pergunta que julgue necessária ao entendimento da natureza do estudo.

A privacidade das informações será garantida pela pesquisadora do estudo, assim como sua utilização obedecerá aos objetivos científicos. Assim, tendo esclarecido para você a finalidade deste estudo e, se concordar em participar, solicito que assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Acrescento que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante. Desde já, manifesto meus sinceros agradecimentos por sua colaboração à pesquisa.

Timon (MA) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse participante da pesquisa para a participação nesse estudo.

Timon (MA) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

---

Programa de Pós-Graduação da UFPI

### Observações Complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a Ética da Pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI, Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Pró Reitoria de Pesquisa - PROPEAQ. CEP: 64.049-550, Teresina-PI, Fone: (86) 3237-2332, e-mail: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br); Site: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep) Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI.

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,

abaixo assinado, tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA MÉDIA COMPLEXIDADE NO CAMPO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TIMON (MA): avanços e desafios da e na profissão**”. Expressei minhas dúvidas para a pesquisadora Violêta Maria da Silva Nolêto e manifestei minha decisão de participar desse estudo e me foi esclarecido quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso à pesquisa. Concordo, voluntariamente, em participar desse estudo e poderei retirar a qualquer tempo o meu consentimento, antes ou durante o mesmo. Estou ciente que a retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos nessa Instituição de Saúde de Média Complexidade ou em qualquer outra esfera da vida profissional e social. Assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de cada uma delas.

Timon (MA) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse participante da pesquisa para a participação nesse estudo.

Timon (MA) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Programa de Pós-Graduação da UFPI

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPI – FONE (86) 3237-2332

### **Observações Complementares**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a Ética da Pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI, Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550, Teresina-PI, Fone: (86) 3237-2332, e-mail: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br); Site: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep) Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI.



---

## **APÊNDICE 2 – GRUPO FOCAL 1 – ROTEIRO PARA ASSISTENTES SOCIAIS QUE TRABALHAM NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

- 1- Quais são os dois principais trabalhos que você realiza como assistente social na instituição de saúde de Média Complexidade? Porque os considera importantes?
- 2- Quais as principais demandas dos usuários na Média Complexidade?
- 3- Qual a relação do seu trabalho com os níveis de Atenção Básica e de Alta Complexidade?

---

**APÊNDICE 3 – GRUPO FOCAL 2 – ROTEIRO PARA ASSISTENTES SOCIAIS QUE TRABALHAM NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

1- Como se dá a produção do cuidado em saúde pelo assistente social na instituição de saúde de Média Complexidade?

2- Quais são as principais potências e desafios encontrados no seu trabalho como assistente social na instituição de saúde de Média Complexidade? Você pode elencar três (3) potências e desafios ou algumas?

3- Do seu ponto de vista, o que não foi abordado nesse encontro e que você gostaria de acrescentar sobre o trabalho do assistente social na instituição de saúde de Média Complexidade?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS UFPI**  
**LINHA CULTURA IDENTIDADE PROCESSOS SOCIAIS**



## **APÊNDICE 4 – QUESTIONÁRIO SEMIABERTO PARA ASSISTENTE SOCIAL QUE TRABALHA EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

### **I – IDENTIFICAÇÃO DO(A) PROFISSIONAL**

1 Número de CRESS: \_\_\_\_\_

2 Idade:

20-30 anos  30-40 anos  40-50 anos  50 anos ou mais

3 Sexo/ Gênero:

Masculino  Feminino  Travesti  Transexual Masculino

Transexual feminino  Outras expressões de gênero

4 Estado Civil:

Solteiro  Casado(a)  União Livre  Viúvo(a)

Desquitado(a)  Divorciado(a)

5 Religião:

Budista  Católico Romano  Candomblé  Espírita  Evangélica

Umbanda  Tradição Indígena  Outra. Qual? \_\_\_\_\_  Nenhuma

6 Número de Filho(s):

1-2 filhos  3-4 filhos  4 ou mais filhos  Nenhum

7 Em que cidade você mora?

Timon-MA  Teresina-PI  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

### **II – FORMAÇÃO PROFISSIONAL:**

1 Instituição de Ensino Superior(IES)/ Estado:

2 Ano de conclusão do Curso de Serviço Social: \_\_\_\_\_

3 Pós-graduação/ IES:

Especialização \_\_\_\_\_  Residência Uniprofissional \_\_\_\_\_

Residência Multiprofissional \_\_\_\_\_  Mestrado \_\_\_\_\_

Doutorado \_\_\_\_\_

4 Em qual área? \_\_\_\_\_

### III – INFORMAÇÕES SOBRE TRABALHO/ PROFISSÃO

1 Vínculo Institucional:

Celetista(CLT)  Contrato Temporário  Prestação de Serviço

Cargo Comissionado  Estatutário  Outro. Qual? \_\_\_\_\_  Nenhum

2 Você trabalha desde quando nesta instituição?

3 Qual sua jornada semanal de trabalho na instituição?

4 Você tem vínculo empregatício com outra instituição?  Sim  Não

Se a resposta for sim, qual instituição?

5 Qual a sua experiência profissional antes de ingressar nesta instituição?

6 Você já trabalhou na área da saúde e em qual nível de complexidade?

7 Qual o seu trabalho como assistente social na instituição? Descreva as atividades que realiza.





2 Quais as demandas dos usuários apresentadas ao Serviço Social? Como você realiza o atendimento e/ou acompanhamento dos usuários atendidos pelo Serviço Social?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3 Quais expressões da questão social estão presentes no seu trabalho na instituição?

---

---

---

---

---

---

4 Quais os serviços/benefícios sociais ofertados?

---

---

---

---

---

---

---

5 Como você descreveria suas condições de trabalho nessa instituição?

---

---

---

---

---

---

6 Quais são os profissionais que compõem a equipe multiprofissional da instituição?

---

---

---

---

---

7 O Serviço Social é reconhecido pelos demais profissionais? [ ] Sim [ ] Não

7.1 Qual(is) o(s) motivo(s) que leva os demais profissionais a reconhecerem o trabalho da(o) assistente social?

---

---

---

---

---

7.2 Qual(is) o(s) motivo(s) que leva os demais profissionais a não reconhecerem o trabalho da(o) assistente social?

---

---

---

---

---

8 Como é a articulação da instituição com a rede de serviços da Saúde/atendimento? :

8.1 Com a Atenção Básica?

---

---

---

8.2 Com a Média Complexidade?

---

---

---

8.3 Com a Alta Complexidade?

---

---

---

8.4 Com a Rede de Saúde Estadual?

---

---

---

9 Como é a articulação da instituição com a Rede de Serviços da Assistência Social/atendimento? :

9.1 Com a Proteção Social Básica?

---

---

---

9.2 Com a Proteção Social Especial de Média Complexidade?

---

---

---

9.3 Com a Proteção Social Especial de Alta Complexidade?

---

---

---

9.4 Com as Organizações Não Governamentais?

---

---

---

10 Quais as possibilidades de sua atuação como assistente social na instituição?

---

---

---

---

---

11 Quais os limites de sua atuação como assistente social na instituição?

---

---

---

---

---

12 Qual contribuição você gostaria de acrescentar a esse estudo?

---

---

---

**ANEXO 1**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA MÉDIA COMPLEXIDADE NO CAMPO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TIMON (MA): avanços e desafios da e na profissão

**Pesquisador:** VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 05277219.8.0000.5214

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.143.223

#### **Apresentação do Projeto:**

A pesquisa tem como objeto o trabalho do assistente social em instituições de saúde de Média Complexidade no âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Timon (MA). A proposta de estudo apresentada se caracteriza por ser de natureza quanti-qualitativa, já que será realizado um estudo aprofundado, atento aos sujeitos e a complexidade das relações sociais. O objeto de estudo será apreendido por meio do método, destacando a importância do método histórico-dialético, pois entende-se que esta pesquisa deve ir para além da aparência do real e alcançar a essência, o denominado concreto pensado. Para tanto, parte-se de uma compreensão materialista da história e de que o trabalho é ontológico ao ser social e é, nesse sentido, que a coleta de dados e análise da mesma será realizada buscando uma aproximação das atividades das/os assistentes sociais que realizam seu trabalho diariamente no campo da Saúde, e, portanto, como protagonistas de sua atividade no trabalho. A pesquisa se caracteriza ainda por ser de campo, envolvendo as cinco (05) instituições de saúde de Média Complexidade do município de TimonMA, a saber: Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher(CAISM); Centro Integrado de Atendimento Educacional Especializado Maria do Carmo Viana Neiva (CIAEE); Unidade Mista Dr. José Firmino de Sousa/ Hospital Municipal do Parque Alvorada (HPA); Unidade de Saúde "Dr. Antônio Martins Albuquerque Pedreira" (POLICLÍNICA); e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) . Os participantes que irão compor a pesquisa são sete (07) assistentes sociais que intervêm na Média Complexidade no SUS no município supramencionado. As técnicas de investigação da

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

**Bairro:** Ininga

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3237-2332

**Fax:** (86)3237-2332

**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.143.223

pesquisa irão se focar: no questionário semiaberto a serem preenchidos pelos participantes da pesquisa; na realização de dois grupos focais com as assistentes sociais, com o intuito de identificar como é o trabalho e a produção do cuidado destes profissionais nas instituições de saúde pública de Média Complexidade; na pesquisa documental que será realizada através de acesso aos documentos (livro de registro diário e produção mensal do Serviço Social, Relatórios Quadrimestrais e Anual de Gestão da Saúde, dentre outros) que existirem nas instituições e pesquisa bibliográfica. Ressalta-se que os depoimentos nos grupos focais irão se constituir em fonte empírica principal e as respostas aos questionários semiabertos, em fonte de informação específica. Com relação ao tratamento do material coletado esta ocorrerá através da análise de depoimentos proposta por Queiroz.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Compreender o trabalho do assistente social nas instituições de saúde pública de Média Complexidade no município de Timon (MA), enfatizando o trabalho que esse profissional empreende tanto no espaço da Média Complexidade, quanto o realizado na interface entre esse nível e os demais níveis de complexidade no campo da saúde.

Objetivo Secundário:

- Analisar o trabalho do assistente social nas instituições de saúde de Média Complexidade no município de Timon;
- Compreender como é realizado o trabalho do assistente social em articulação com as diversas profissões nas instituições de saúde de Média Complexidade no município de Timon;
- Compreender o espaço sócio ocupacional do assistente social na Atenção à Saúde em nível de Média Complexidade no território timonense e a relação do trabalho do assistente social na interface com a Rede de Saúde nos demais níveis de complexidade;
  - Identificar a rede de petição e de compromisso instituída entre as instituições de Média Complexidade e os demais níveis de complexidade da saúde no município de Timon;
- Analisar os limites, desafios e as potencialidades do exercício profissional do assistente social com vistas a compreender a dinâmica do trabalho e os tensionamentos específicos dessa esfera de atuação;
- Identificar o trabalho do assistente social na Média Complexidade realizado na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

**Bairro:** Ininga

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3237-2332

**Fax:** (86)3237-2332

**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.143.223

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Nenhum dos procedimentos a serem utilizados no decorrer da pesquisa oferecerá riscos a dignidade e integridade física do(a) participante. Contudo, poderá, em virtude das perguntas a serem realizadas, causar certo constrangimento dada a subjetividade e particularidade de cada sujeito, mas tudo será realizado para minimizar alguma situação de desconforto que vier a surgir decorrente do processo, em que no momento que tal situação vier a ocorrer esta será imediatamente suspensa.

Nesta pesquisa não prevê-se benefícios diretos para os(as) participantes da pesquisa, a não ser o sentimento de que contribuirá para o esclarecimento do tema, contudo prevê-se benefícios indiretos para a coletividade porque o presente estudo irá contribuir com conhecimentos sobre a Política de Saúde, com ênfase na Média Complexidade e o Trabalho do Assistente Social nesse processo.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância científica e exequível

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos de apresentação obrigatória foram anexados conforme exigência do CEP

#### **Recomendações:**

vide conclusões, pendências e lista de inadequações

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise documental do projeto de pesquisa nota-se algumas inadequações, a saber:

1. Detalhar, no TCLE, as formas de contornar possíveis riscos, de acordo com a Resolução 466/12
2. Explicitar, no TCLE, a possibilidade de ressarcimento de eventuais danos trazidos pela pesquisa.

Diante do exposto, O CEP/UFPI/CMPP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se por aguardar o atendimento às questões acima para emissão de seu parecer final.

De acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012 e a Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador responsável no prazo de 30 dias, a partir da data de envio do parecer pelo CEP/UFPI/CMPP. Após esse prazo, o protocolo será arquivado.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

**Bairro:** Ininga

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3237-2332

**Fax:** (86)3237-2332

**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br





Continuação do Parecer: 3.143.223

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1280439.pdf	03/01/2019 00:49:55		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/01/2019 00:46:03	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.docx	02/01/2019 18:38:13	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/01/2019 18:33:56	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito
Outros	Questionario_plataforma.docx	01/01/2019 13:00:03	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito
Outros	Grupo_focal_plataforma.docx	01/01/2019 12:59:26	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito
Orçamento	Orcamento_plataforma.docx	01/01/2019 12:58:35	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.jpeg	30/12/2018 15:01:57	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	30/12/2018 14:52:10	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito
Outros	Curriculo_Violeta.pdf	30/12/2018 14:34:55	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_encaminhamento.doc	30/12/2018 14:26:50	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_confidencialidade.doc	30/12/2018 14:21:44	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_compromisso.doc	30/12/2018 14:18:56	VIOLETA MARIA DA SILVA NOLETO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.143.223

TERESINA, 12 de Fevereiro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Maria do Socorro Ferreira dos Santos**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

**Bairro:** Ininga

**CEP:** 64.049-550

**UF:** PI

**Município:** TERESINA

**Telefone:** (86)3237-2332

**Fax:** (86)3237-2332

**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br