

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO – ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

AS AÇÕES INTERSETORIAIS NA ATENÇÃO À SAÚDE
NA ALTA COMPLEXIDADE: CONSTRUINDO MARCOS
DE REFERÊNCIAS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL
DOS ASSISTENTES SOCIAIS

GLAUCIA AMARAL

Florianópolis,
Fevereiro de 2008

GLAUCIA AMARAL

AS AÇÕES INTERSETORIAIS NA ATENÇÃO À SAÚDE
NA ALTA COMPLEXIDADE: CONSTRUINDO MARCOS
DE REFERÊNCIAS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL
DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Dra. Regina Célia Tamasso Miotto.

Florianópolis
2007

GLAUCIA AMARAL

**AS AÇÕES INTERSETORIAIS NA ATENÇÃO À SAÚDE NA ALTA
COMPLEXIDADE: CONSTRUINDO MARCOS DE REFERÊNCIAS PARA O
EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social** e aprovado, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Regina Célia Tamaso Miotto
Departamento de Serviço Social – UFSC
- Presidente -

Prof. Dr. Helder Boska Sarmiento
Departamento de Serviço Social – UFSC

Gisele Dandoline Bonassa
Assistente Social

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus por me presentear com o dom da vida, iluminando meu caminho e me permitindo concluir mais uma etapa de minha vida.

A sociedade brasileira por ter me proporcionado um ensino gratuito e de qualidade.

Aos meus pais Neri e Nelci, em especial a minha mãe, por ter me fortalecido nesta caminhada, não me deixando fraquejar e entendendo perfeitamente minha ausência, principalmente nas “faxinas”. Vocês foram fundamentais na realização deste sonho. Obrigado por confiarem e acreditarem em mim, e por terem-me instruído por caminhos retos. Seus ensinamentos são eternos. Obrigado por me amarem!

As minhas irmãs Claudia e Cleusa, e aos meus cunhados Marcos e André, pela aquela força nos momentos de tristezas e alegrias e por me suportarem nestes quatro anos, sobrevivemos! Perdoe-me pelos conflitos.

A minha querida sobrinha Anna Claudia por entender minha ausência e ver em mim sempre um exemplo de pessoa. Nunca esquecerei do que passamos juntas!

Ao meu amor pela pessoa maravilhosa que vem mostrando ser, compreendendo incansavelmente os momentos de ausência, irritação e nervosismo. Meu melhor agradecimento ainda seria pouco. JÚ EU TE AMO!

À professora Regina que foi minha orientadora na construção deste trabalho que por vezes exerceu o papel de mãe, amiga e incentivadora. Obrigada pelos ensinamentos, força, paciência, dedicação e compromisso profissional. Admiro-te muito!

A todos os profissionais do Hospital Universitário que de alguma forma contribuíram para minha formação acadêmica. Em especial, agradeço a Fran, minha supervisora de estágio, pela confiança em mim depositada, por acreditar em meu desempenho, dividindo comigo seus conhecimentos. Obrigado pelo

comprometimento e dedicação. Quando eu crescer que seu igual a você. Fran você é uma GUERREIRA!

Por fim e não menos importante, agradeço a meus colegas da BRASILTELECOM CALL CENTER que de alguma forma também foram responsáveis pela realização deste sonho. Em especial, agradeço ao Kleiton, Julio, Enedina, Milane, Paulo e Janaína que mais do que colegas de trabalho foram meus amigos nesta luta. Obrigada por torcerem pelo meu sucesso!

“O caminho torna-se mais fácil quando temos ao nosso lado alguém especial com que partilhamos carinho, amizade, sonho... enfim, com que compartilhamos a vida.”

*“... O tempo é algo que não volta atrás.
Por isso plante seu jardim e decore sua alma,
Ao invés de esperar que alguém lhe traga flores ...”
Shakespeare*

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina apresenta um breve histórico da efetivação da atenção à saúde comum, direito de todos e dever do Estado, instituída formalmente no Brasil partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da Constituição Federal de 1988. A proposta da monografia tem como principal objetivo discutir as ações intersetoriais desenvolvidas pelo assistente social na atenção à saúde, especialmente na alta complexidade enfatizada na integralidade como princípio fundamental na construção do Sistema Único de Saúde, sustentado pelas práticas interdisciplinares e intersetoriais. Neste sentido, aborda-se como a intersetorialidade pode ser pensada no âmbito da formulação, da gestão e da execução das políticas e dos serviços públicos. Neste âmbito, a discussão intersetorialidade a partir da prática de estágio na Clínica Médica I do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, através da sistematização das informações contidas no diário de campo, identificando e classificando as ações intersetoriais desenvolvidas no campo de estágio, finaliza com a descrição das ações profissionais desenvolvidas em direção da intersetorialidade.

Palavras-chaves: Integralidade, Intersetorialidade, atenção à saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAHU – Associação Amigos do Hospital Universitário
AIH – Autorização para Internação Hospitalar
ACIC – Associação para Integração dos Cegos
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CECRED - Centro de Convivência e Recuperação de Dependentes Químicos
CEPON – Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas
CIHDOTT – Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde
VIII CNS – VIII Conferência Nacional de Saúde
XII CNS – XII Conferência Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNS – Cartão Nacional de Saúde
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
DA – Diretoria de Administração
DAA – Diretoria de Apoio Assistencial
DE – Diretoria de Enfermagem
DG – Diretoria Geral
DM – Diretoria de Medicina
DSS - Determinantes Sociais de Saúde
DVAA – Divisão de Apoio Assistencial
DVDC – Divisão de Diagnóstico Complementar
DPOC – Deficiência Pulmonar Obstrutiva Crônica
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FAPEU – Fundação de Amparo à Pesquisa Extensão Universitária
HIV - Human Immunodeficiency Virus
HU – Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thyago
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
IPQ – Instituto de Psiquiatria
LAPA – Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde
LEVA – Laboratório de Estudo da Voz e Audição

LOS – Lei Orgânica da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PIS – Programa de Integração Social

PNH – Política Nacional de Humanização

PPI – Programa Pactuado Integrado

SAG – Secretaria Municipal de Ação Governamental

SER – Secretaria Executiva Regional

SES/SC – Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

SMDS - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SMDT – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Territorial em Meio Ambiente

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

ULS – Unidade Local de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2 | O DIREITO À SAÚDE E AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL..... | 12 |
| | 2.1 Do direito à saúde à efetivação do SUS..... | 12 |
| | 2.2 Os modelos de atenção à saúde na construção do SUS..... | 21 |
| 3 | DA LÓGICA DA INTEGRALIDADE À EFETIVAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE..... | 27 |
| | 3.1 O Princípio da integralidade..... | 27 |
| | 3.2 A intersectorialidade como um pilar estruturante da integralidade..... | 31 |
| 4 | A INTERSETORIALIDADE NA ASSISTENCIA À SAÚDE NA ALTA COMPLEXIDADE..... | 41 |
| | 4.1 A instituição: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago..... | 41 |
| | 4.2 O serviço social no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago..... | 43 |
| | 4.3 A experiência do Estágio na Clínica Médica I..... | 46 |
| | 4.4 A construção da intersectorialidade no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais..... | 51 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 60 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 63 |

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz como tema central a intersetorialidade como eixo estruturante na atenção à saúde, a partir da experiência do estágio curricular obrigatório, realizado na Clínica Médica I do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

O objetivo principal deste trabalho é identificar a intersetorialidade no processo de trabalho do assistente social e classificar as ações intersetoriais na atenção à saúde.

Para tanto, optou-se por estruturar este trabalho em três sessões.

Na primeira sessão, trata-se de apresentar a saúde como conjunto das necessidades humanas básicas, constituindo-se como pré-condição para a existência humana, por isso, reconhecida na Constituição Federal de 1988 como direito de todos e dever do Estado. Ainda nesta sessão evidencia-se a inauguração do sistema de proteção social, a partir da promulgação da Constituição de 1988, pautado na concepção de seguridade social que universaliza os direitos sociais concebendo a assistência social, a saúde e a previdência social como questão de relevância pública e de responsabilidade do Estado. Desta forma a atenção à saúde passa a ser regulamentada no país através do Sistema Único de Saúde (SUS). Para finalizar a sessão, são apresentadas as estratégias de organização dos serviços de atenção à saúde, a partir das propostas dos modelos assistenciais da Vigilância da Saúde, na perspectiva dos autores Teixeira, Paim e Vilasbôas (2000), e da Corrente em Defesa da Vida, na visão de Silva Junior (2006), bem como o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Humanização, que contribuíram para a discussão da integralidade e intersetorialidade em saúde.

Na segunda sessão são resgatados os princípios doutrinários que norteiam a construção do SUS, enfatizando-se a integralidade e, como pilares básicos deste princípio, destacam-se a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. No que se refere à intersetorialidade, é realizada uma discussão teórica embasada em autores como Junqueira, Inojosa e Andrade. Posteriormente, é apresentada a intersetorialidade, pensada no âmbito da

formulação, gestão e execução da política e dos serviços públicos, enfatizando-se as ações intersetoriais à atenção à saúde.

A terceira sessão centra-se na discussão da intersetorialidade na esfera da assistência à saúde, enfatizando-se a experiência vivenciada no campo de estágio, a partir das informações e reflexões contidas no diário de campo¹. O diário de campo, neste caso, constitui-se como uma forma de documentar as ações realizadas pela acadêmica no período do estágio e, por ser utilizado em um processo constante, contribui para evidenciar as categorias emergentes do trabalho profissional. Isso permitiu, portanto, a sistematização das informações acerca das ações intersetoriais no âmbito da assistência à saúde na alta complexidade. O diário de campo elaborado foi constituído por duas partes. Uma descritiva, na qual se pretendeu transmitir com exatidão as situações vivenciadas no campo de estágio; e a outra, de cunho analítico-crítico, na qual se evidenciou a observação crítica dos acontecimentos, com base nas construções teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão (LIMA, MIOTO e PRÁ, 2007). Assim, iniciou-se a sessão com uma breve caracterização da instituição e do Serviço Social e, com base no diário de campo, foram apresentadas à identificação das ações intersetoriais no processo de trabalho da estagiária, a classificação das ações intersetoriais na atenção à saúde e a descrição das ações profissionais desenvolvidas em direção da intersetorialidade.

Por fim, foram abordadas as considerações finais da monografia, colocando algumas contribuições e sugestões sobre o tema, para o exercício profissional dos assistentes sociais.

¹ “Para Lewgoy e Arruda (2004, p. 123-124), o diário consiste em um instrumento capaz de possibilitar “o exercício acadêmico na busca da identidade profissional” à medida que, através de aproximações sucessivas e críticas, pode-se realizar um “reflexão da ação profissional cotidiana , revendo seus limites e desafios”. É um documento que apresenta tanto um “caráter descritivo-analítico” como também um caráter “investigativo e de síntese cada vez mais provisórias e reflexivas”, ou seja, consiste em “ uma fonte inesgotável de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento profissional e do agir através de registros quantitativos e qualitativos”.” (LIMA, MIOTO e PRÁ, 2007, p. 3-4)

2 O DIREITO À SAÚDE E AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Esta sessão busca contextualizar a efetivação da saúde como direito no Brasil, destacando sua presença na Constituição Federal de 1988, na qual é apresentada como direito de todos e dever do Estado. Aborda posteriormente a organização dos serviços de atenção à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) e as propostas em implementação, que contribuem para a discussão da integralidade e intersectorialidade em saúde, princípios do SUS que resgataremos na segunda parte do trabalho.

2.2 Do direito à saúde à efetivação do SUS

No contexto dos direitos sociais, definir o conceito de necessidades humanas básicas é fundamental à medida que a provisão destas necessidades exige bens e serviços por parte do Estado no que concerne à proteção social (VIEIRA, 2006). Segundo Pereira (2000), todos os seres humanos, a qualquer tempo, lugar e cultura, têm necessidades básicas comuns. O não-atendimento adequado destas necessidades implica a ocorrência de “sérios prejuízos” à vida material dos homens e a sua atuação como sujeitos. Neste sentido, “sérios prejuízos” implicam a impossibilidade de os seres humanos viverem física e socialmente em condições de poder expressar a sua capacidade de participação ativa e crítica.

A autora coloca que existe um conjunto de necessidades humanas básicas que compreendem a saúde física e a autonomia. Estas necessidades constituem-se em pré-condição para alcançar objetivos universais de participação social, pois, sem a provisão da saúde física, os homens estão impedidos de viver, e, sem a promoção da autonomia, eles são incapazes de eleger seus objetivos e crenças, valorizá-los e sentirem-se responsáveis por suas decisões e atos.

Nesta perspectiva, Pereira afirma, com base em Doyal e Gough, que a saúde física é basicamente uma necessidade natural que afeta todos os seres vivos, e que o modo de o homem satisfazê-las requer uma provisão de conteúdo humano-social.

Trata-se de reconhecer que mesmo no plano das satisfações das necessidades físicas e biológicas, a origem do homem, como salienta Marx, não está nem na natureza, concedida abstratamente, nem na totalidade da sociedade, concebida também de forma abstrata. Tal origem está visceralmente ligada à práxi humana, que só é humana na medida em que o trabalho (ou a atividade) realizado pelo homem difere da atividade de outras criaturas vivas (Pereira, 2000, p. 71).

Nesta perspectiva, para fazer uma leitura dos processos de saúde-doença, o resgate das discussões produzidas por Laurell (1983) sobre o caráter histórico e social da doença traz grande contribuição para pensar a organização da política de saúde. Segundo a autora, a forma mais adequada de comprovar empiricamente a caráter histórico da doença reside nos processos que ocorrem na coletividade humana, pois a natureza social da doença não se verifica nos casos clínicos isolados, mas nas formas características de adoecer e morrer nos grupos humanos.

Em sua análise, a autora relata que o perfil patológico² muda para a mesma população de acordo com o momento histórico. Assim, as diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que se distinguem conforme o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção. Salienta ainda o caráter simultaneamente social e biológico da doença como um processo único, à medida que os processos de saúde-doença adquirem historicidade, pois está socialmente determinado. Sendo assim, para explicá-lo não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como ele está articulado no processo social. Porém, o caráter social do processo de saúde e doença não se esgota em sua determinação social, pois o próprio processo humano biológico humano é social. Para ela:

² O perfil patológico se constitui considerando o tipo de patologia e a frequência que determinado grupo apresenta em um dado momento (Laurell, 1983, p.137).

A relação entre os processos de saúde e doença coletiva e o do indivíduo fica, então, estabelecida, porque o processo saúde-doença coletiva determina as características básicas sobre as quais se assenta a variação biológica individual. Visto isto a partir do paciente significa que sua história social assume importância, porque condiciona sua biologia e determina certas probabilidades de que adoça de um modo particular, porém, como sabemos, a probabilidade não se efetiva no indivíduo, senão como presença ou ausência do fenômeno (Laurell, 1983, p. 153)

Para Laurell (1983), os determinantes dos processos de saúde-doença são definidos pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento histórico. A partir de uma leitura marxista, segundo a autora, esta apropriação ocorre por meio dos processos de trabalho baseados em um desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção.

Neste sentido, percebe-se que as necessidades de saúde, de modo geral, são construídas pelos indivíduos, na sociedade, dependendo do modo de organização social e das concepções predominantes do processo de saúde-doença. Assim, a compreensão da determinação social do processo de saúde-doença permite fazer uma leitura de maior abrangência para mobilização e proposição de ações no âmbito da articulação intersetorial (PAULA, PALHA e PROTTI, 2004).

A discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde é retomada mais recentemente pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH), em março de 2005. O objetivo é promover, no âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância do determinante social na situação de saúde de indivíduos e populações acerca da necessidade de combater as iniquidades de saúde. No Brasil, o debate foi impulsionado em março de 2006 com a criação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS). A CNDSS define determinantes sociais de saúde (DSS) como sendo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Desta forma, os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Assim eles apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com

que as condições sociais traduzem os impactos sobre a saúde. Embora os DSS possam ter características individuais, as causas da má saúde agrupam-se em padrões sistemáticos (BUSS e PELLEGRINE FILHO, 2007; FIOCRUZ, 2007).

Este debate chega ao Brasil nas décadas de 1970 e 1980 quando o debate da política pública no País adquire importante status. A década de 1980 é marcada por uma grande depressão econômica devido à estagnação da economia por arrocho salarial e altos índices inflacionários em decorrência da política desenvolvimentista implementada na ditadura. Por outro lado, o período é marcado também por grandes greves, a eclosão dos movimentos sociais relacionadas ao fortalecimento do poder sindical, (principalmente das minorias: mulheres, negros e crianças) e das “Diretas Já” no contexto da redemocratização do País.

Segundo Mendes (1995), frente a este cenário contraditório, são conformados dois grandes projetos político-sanitários distintos: o projeto neoliberal e o projeto da reforma sanitária.

O projeto neoliberal vai alcançar hegemonia principalmente no início de 1990, em que no âmbito dos processos político-econômicos foram desencadeadas ações que determinavam a desresponsabilização do Estado na atuação das expressões das questões sociais. Nas políticas de atenção à saúde, o cenário não foi diferente, pois este projeto favoreceu o sistema de atenção médica supletiva, que se consolidou com baixa regulação do Estado às custas da perda da qualidade do setor público (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995).

Já o projeto da Reforma Sanitária, segundo Mendes (1995, p. 42) constitui-se:

Como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida com um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetiva eficiência, eficácia e equidade. Que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implementação de um novo paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

O projeto contra-hegemônico que abraçou as lutas em torno da questão sócio-sanitária e pelo processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi alavancado pelo movimento da Reforma Sanitária. O movimento segue a tendência internacional que prioriza a atenção e os cuidados primários de saúde presentes, particularmente abordados na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma Ata³.

Nesta perspectiva, o movimento da Reforma Sanitária influenciou significativamente a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, em Brasília, e apresenta como resultado central o estabelecimento de um consenso político que permitiu a formatação de um novo projeto para o sistema de saúde brasileiro. São aspectos defendidos no projeto: o conceito ampliado de saúde, a saúde entendida como um direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. (MENDES, 1995)

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) entende que o conceito de saúde não é abstrato, mas se define em um determinado contexto histórico de uma sociedade em um dado momento de sua existência. Assim, a VIII Conferência defende um conceito ampliado de saúde, considerando-a como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso a serviços de saúde.

A aplicação do conceito de saúde exige que o Estado assuma as políticas de atenção à saúde e assegure meios para efetivá-las a partir da perspectiva do direito. A garantia do direito à saúde, nesta perspectiva, implica que o Estado garanta: condições dignas de trabalho, alimentação para todos, moradia higiênica e digna, educação e informação plenas; qualidade adequada

³ A Declaração de Alma-Ata, documento resultante da Conferência Internacional, reconheceu como inaceitáveis as desigualdades existentes no estado de saúde das populações e considera que a atenção à saúde deve tornar-se um objeto de preocupação comum a todos os países. Neste sentido, a conferência pretende chamar a atenção dos governos de todo o mundo, e principalmente dos países em desenvolvimento, acerca da necessidade de desenvolver políticas, estratégias e planos nacionais para alcançar e sustentar a atenção nos cuidados primários de saúde. Neste documento, a saúde é entendida no âmbito do bem-estar físico, mental e social, alterando a idéia de saúde como ausência de doenças. A declaração levanta ainda a importância do envolvimento dos setores sociais e econômicos na promoção e proteção da saúde. Neste sentido, percebe-se que desde a Conferência de Alma-Ata os princípios como à universalidade, a integralidade (intersectorialidade) e o conceito ampliado de saúde vêm sendo discutidos (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

do meio ambiente, transporte seguro e acessível, repouso, lazer e segurança, participação da população na organização, gestão e controle dos serviços de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão e acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Outra questão levantada na VIII CNS (1986) diz respeito à idéia de saúde para todos⁴. Neste evento, convencionou-se que “saúde para todos” significa que a saúde deva ser colocada ao alcance de cada indivíduo. Assim, a assistência à saúde e aos serviços de saúde devem estar à disposição de todos, desde os cuidados primários até os tratamentos mais especializados. Este conceito implica o envolvimento de outras áreas, como a agricultura, a indústria, a educação, a habitação e a comunicação, além da assistência médica, pois esta sozinha não garante, por exemplo, a saúde de uma população faminta que vive nas favelas. Na verdade, estas populações necessitam, além da assistência médica, de um modo de vida distinto e de novas oportunidades.

Desta forma, conceber a saúde na perspectiva da coletividade é considerar que as necessidades de saúde de modo geral são coletivas e implicam condições mínimas de sobrevivência, além de transcenderem às possibilidades de alcance na esfera individual. A satisfação destas necessidades só poderá ser alcançada quando viabilizadas por um ente especial dotado de poderes adequados e com ampla capacidade de execução, neste caso, o Estado.

Neste sentido, o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986, p. 14) esclarece:

A satisfação das necessidades coletivas se realiza através de atividades específicas, desenvolvidas pelo Estado, sob o nome de “serviços públicos”, que, na prática, se traduzem em prestação de utilidades materiais e imateriais. O conjunto destas atividades toma o nome de “atividades estatais”, cuja conceituação e limite variam conforme os princípios econômicos e jurídico-políticos, informativos

⁴ A Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, emite a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde que dirigiu à execução do objetivo “Saúde para Todos no Ano de 2000”. Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta à crescente demanda por uma concepção de Saúde Pública no mundo (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 1986).

da estrutura constitucional. Na atualidade, não há como negar que a preservação da saúde coletiva constitui objetivo fundamental dos estados contemporâneos, como um dever, proporcionando serviços públicos aptos àquele fim.

Neste sentido, a efetivação das ações do Estado no âmbito do SUS iniciou-se com a promulgação da Constituição Federal em outubro de 1988, que produziu fortes alterações no âmbito da política de saúde e de seguridade social no Brasil. Neste sentido, o artigo 194 da Constituição Federal de 1988 define a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 111).

A Constituição Federal de 1988, no que diz respeito à saúde, resgata um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes propostas pelo movimento da reforma sanitária. Assim, a saúde na constituição ressalta alguns aspectos fundamentais, como: o conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; o entendimento de saúde com um direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização, com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade e a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social (MENDES, 1995).

Assim, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (p. 112) define a saúde como:

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante as políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A responsabilidade do Estado sobre a atenção à saúde está definida no artigo 197:

São de relevância pública as ações e serviços da saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei sob sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e também por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, p.113).

O SUS, na Constituição Federal, foi promulgado no artigo 198 como:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p. 113)

Estes artigos constitucionais foram regulamentados posteriormente, no caso da saúde através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), leis 8080/1990 e 8142/1990. Na lei 8080/1990, o conceito ampliado de saúde é definido no artigo 3º e em seu parágrafo único:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis da saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinem a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990, p. 28).

Além do conceito ampliado de saúde, a Lei 8080/1990 também define o SUS como uma estratégia de atenção à saúde coletiva da população no 4º artigo, como:

O conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990, p. 29)

As LOS estabelecem ainda os princípios e diretrizes que regulam e organizam o SUS. Entre eles destacamos: descentralização, regionalização, hierarquização, universalidade, equidade e integralidade.

Segundo Paim (1999), o princípio da rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde supõe a distribuição espacial dos equipamentos e estabelecimentos em função das características epidemiológicas de cada localidade, descentralizando os serviços mais simples e concentrando os mais complexos. Pelo proposto, a entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde seria através de uma “porta de entrada única”, representada pelos serviços de primeira linha. Este nível de atenção é chamado de primário, atenção básica à saúde. O nível secundário, também chamado de atenção de média complexidade, é composto de consultórios especializados e de pequenos hospitais. O nível terciário, atenção de alta complexidade, é constituído por grandes hospitais gerais e especializados que concentram a tecnologia compatível com as subespecialidades médicas e servem de referência para os demais serviços. Os atendimentos de alta complexidade envolvem procedimentos de alta tecnologia e/ou alto custo. São exemplos de procedimentos de alta complexidade: traumaortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No que se refere à descentralização dos serviços de saúde e da gestão do SUS, o autor destaca que a necessidade de criar distritos sanitários com o intuito de organizar os serviços em um sistema de rede, implementando mecanismos de comunicação e integração para que seja efetivado. Neste sentido, o distrito sanitário representa uma unidade operacional e administrativa mínima do SUS, definida a partir de critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, capazes de desenvolver ações na área da saúde voltadas para a resolutividade da maioria dos problemas de saúde daquela localidade. A grosso modo, podemos dizer que a descentralização dos serviços de saúde implica o processo de transferência de responsabilidades de gestão para o município, conforme determinações constitucionais e legais do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Segundo Almeida Chioro e Zioni, os princípios doutrinários que norteiam a construção do SUS referem-se à: universalidade, equidade e integralidade.

No que se refere à universalidade, os autores tomam como significado que “todas as pessoas têm direito ao atendimento, independentemente da cor, raça, religião, do local de moradia, da situação de emprego, renda etc.”. Nesta relação deixa de existir a figura do “indigente” para a saúde⁵.

Dentro do princípio da equidade, os autores colocam que todo cidadão é igual perante o SUS e deve ser atendido conforme as suas necessidades. Sendo assim, a proposta dos serviços de saúde é atender cada população considerando as formas de organização de vida dos grupos e atendendo aos problemas específicos de cada região. Desta forma, o SUS não oferece os mesmos serviços a todas as pessoas em todos os lugares, princípio que evita que algumas pessoas tenham aquilo de que não necessitam e outras não tenham suas necessidades atendidas.

Considerando o princípio da integralidade, os autores destacam que:

As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a saúde, não somente para suas doenças. Isso exige que ele seja feito também para erradicar causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos, ou seja, é preciso garantir acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Almeida, Chioro, Zioni, 1995, p. 35 e 36).

Sedimentando a noção da seguridade social no Brasil, o Relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde (2004) afirma a necessidade de garantir a implementação e articulação das políticas de assistência social, saúde e previdência social, ampliando a rede de proteção social para assegurar os direitos sociais da população. Neste sentido, a proteção social estabelecida na constituição de 1988 pressupõe um modelo ampliado de seguridade social que

⁵ Brasileiros não incluídos no mercado de trabalho formal (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995, p. 35).

vá além da capacidade do cidadão de comprar no mercado bens e serviços essenciais. A XII CNS resgata o conceito ampliado de saúde elaborado na VIII CNS e afirma que esta definição implica reconhecer o ser humano na sua unicidade.

2.2 Os modelos de atenção à saúde na construção do SUS

O processo de construção do SUS impõe inúmeros desafios, dentre os quais se destaca o provimento de serviços de saúde para a população. Neste âmbito, coloca-se a necessidade de se construir modelos assistenciais⁶ coerentes e viáveis para atender à realidade social apresentada no contexto sócio-histórico brasileiro. A partir do SUS estes modelos de forma comum tendem a buscar a superação da lógica do modelo médico-assistencial privatista, que dá ênfase à assistência médico-hospitalar e aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e do modelo sanitarista, que propõe campanhas, programas especiais e ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária. No entanto, existem propostas de modelos assistenciais diferenciados que disputam espaço entre propostas e ações a serem implementadas. Destacamos os que se organizam em torno da proposta da Vigilância da Saúde (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 2000) e da Corrente em Defesa da Vida (SILVA JUNIOR, 2006).

Segundo os autores Teixeira, Paim e Vilasbôas (2000, p. 56), entende-se por Vigilância à Saúde:

Um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, a previsão, a prevenção e o enfrentamento continuado de problemas de saúde selecionados e relativos aos fatores e condições e risco, atuais e potenciais, e aos acidentes incapacidades, doenças – incluindo as zoonoses, e outros agravos à saúde de uma população num território determinado.

⁶ Modelos assistenciais são as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços à saúde (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 2000, p. 49).

Neste sentido, a proposta da Vigilância da Saúde visa a incorporar nos modelos assistenciais a participação de profissionais e trabalhadores de saúde e da população usuária. A diretriz desta proposta aponta para as determinações sociais do processo de saúde-doença que afetam os grupos populacionais em função de suas condições de vida. Os meios de trabalho envolvem tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e de tecnologias médico-sanitárias, e as formas de organização, neste modelo, envolvem ações intersetoriais, intervenções específicas na promoção, prevenção e recuperação da saúde, além de operações sobre problemas e grupos populacionais. Assim, a Vigilância da Saúde propõe a ampliação da Vigilância Epidemiológica voltada ao controle dos casos e contatos, obedecendo à lógica técnico-sanitária fundada na clínica e na epidemiologia, com a incorporação da Vigilância Sanitária voltada para o controle de ambientes, produtos e serviços. Nesta perspectiva, a Vigilância da Saúde pode ser sistematizada em três vertentes. A Vigilância da Saúde como análise de situações de saúde, a Vigilância da Saúde como proposta de “integração” institucional entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária e da Saúde como proposta de redefinição das práticas sanitárias (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 2000).

Para os autores, a primeira aponta para uma proposta de monitoria da situação de saúde, incorporando investigação e montagem de banco de dados, constituindo-se como uma ferramenta para o planejamento das ações e dos serviços de saúde. A segunda propõe a criação dos departamentos de Vigilância da Saúde, reforçando a lógica da municipalização. A terceira, enfatiza duas dimensões, uma técnica e outra gerencial, cujas intenções são as combinações tecnológicas distintas e os processos de trabalho na saúde, sob forma de operações.

Além da perspectiva da vigilância em saúde, uma alternativa se estrutura, como o Modelo Tecno-assistencial “Em Defesa da Vida”, sistematizado pelo Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

A idéia central é o protagonismo dos sujeitos/usuários do serviço de Saúde, considerando-o a partir de sua forma de sentir as necessidades de saúde, acordando com ele as alternativas de serviço. Os princípios que

norteiam a corrente “Em Defesa da Vida” são: a gestão democrática, saúde com direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. Nesta perspectiva, a organização do sistema de saúde deve contar com a participação real dos setores sociais na definição dos rumos da política de saúde, contando também com a participação dos gerentes locais e regionais, com base fundamental de articulação (SILVA JÚNIOR, 2006).

Esta proposta orienta parte das ações do Ministério da Saúde no governo Lula. A estratégia de organizar os serviços de saúde de forma regionalizada e evidenciando as especificidades locais levantadas pelos usuários culmina com a implementação do Pacto pela Saúde. Ele foi aprovado pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS) em fevereiro de 2006 e está regulamentado pela Portaria GM: 399/2006. A proposta de elaboração do pacto é uma alternativa com a finalidade de superar as dificuldades encontradas para implementar a hierarquização e regionalização previstas na regulamentação do SUS. Assim, esta proposta possibilita que os serviços de saúde sejam organizados a partir das necessidades locais.

Neste sentido, a pactuação deve contemplar três áreas: o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida, segundo Schneider (2007), estabelece um conjunto de prioridades sanitárias que deverão ser assumidas pelas três esferas de governo, ou seja, após definir as metas de prioridade nacional, os estados e municípios devem definir suas metas a partir do contexto local. Isto longe está de representar uma determinação hierárquica, mas significa que os municípios devam perceber as prioridades das outras esferas de governo e discutir como elas responderão às suas necessidades, definindo suas próprias prioridades.

As seis prioridades pactuadas na proposta do Pacto pela Vida, no município de Florianópolis, por exemplo, seguem a orientação nacional, conformadas em: saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e da mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento das capacidades de resposta de doenças emergentes e endemias, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica.

Para o autor, o Pacto em Defesa do SUS propõe-se a discutir os princípios do Sistema, a fim de assegurá-los como política pública na

efetivação do direito à saúde e no reconhecimento da cidadania. Foram definidas três frentes de ação: implementar um amplo processo de mobilização social para divulgar a saúde como um direito de todos e o SUS como a política pública responsável pela efetivação deste direito, ampliar os recursos para os investimentos na área da saúde e ampliar a possibilidade de diálogo entre a sociedade e as esferas de governo.

O Pacto de Gestão do SUS propõe-se a definir as responsabilidades de cada esfera de governo, em cada eixo de ação, entre eles: descentralização, regionalização, financiamento e planejamento do SUS, Programa Pactuado e Integrado (PPI), regulamentação de atenção à saúde e regulamentação assistencial, participação e controle social, gestão do trabalho em saúde e educação em saúde (SCHNEIDER, 2007).

O Pacto pela Saúde dentro da perspectiva em Defesa do SUS regulamentou em abril de 2006 a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, um instrumento importante para a efetivação do controle social, baseado em seis princípios.

- 1ª Assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz;
- 2ª assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- 3ª Assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável;
- 4ª assegura ao cidadão que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento;
- 5ª assegura as responsabilidades que o cidadão também deva ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada;
- 6ª assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2006).

O segundo e o terceiro princípios da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, em especial, retratam a necessidade da população usuária acerca de um atendimento humanizado/acolhedor na área da saúde que consiga dar respostas adequadas e eficientes aos problemas do cotidiano, através de ações integrais e intersetoriais. Assim, a discussão da humanização, assunto amplamente debatido pela sua característica polissêmica em 2003, no Brasil, e efetiva-se através da Política Nacional da Humanização (PNH).

Esta política entende a humanização como:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudanças no modelo de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo com foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

As novas regulamentações que se expressam através da implementação dos Pactos e da Política Nacional de Humanização, por exemplo, representam avanços na trajetória do SUS e parte dos atores envolvidos em seu projeto. Nesta direção, as questões que referenciam os princípios da universalidade, hierarquização e da regionalização do SUS foram amplamente discutidas, mas a integralidade, como verifica Schemes (2004), atualmente tem se colocado no centro dos debates, devido ao seu caráter ambíguo e polissêmico e pelo desafio que este princípio tem representado nas práticas de saúde.

3 DA LÓGICA DA INTEGRALIDADE À EFETIVAÇÃO DA INTESETORIALIDADE

A proposta para a próxima sessão é construir uma reflexão teórica acerca das ações intersetoriais. Para isso, primeiramente se busca resgatar o princípio da integralidade a partir da efetivação do SUS. Posteriormente apresenta-se a intersetorialidade pensada no âmbito da formulação, da gestão e execução das políticas e dos serviços públicos. Finalmente serão enfatizadas as ações intersetoriais no âmbito da assistência à saúde, introduzindo a proposta da última sessão.

3.1 O Princípio da integralidade

Desde 1980, aproximadamente, a integralidade em saúde vem sendo colocada em questão pelo movimento da reforma sanitária como uma necessidade de ação pública e como uma questão fundamental nas políticas e programas dos governos.

A partir daí, a integralidade na atenção à saúde é concebida como o desenvolvimento de ações na área da saúde, combinadas e voltadas para a prevenção e cura. Dentro desta perspectiva, o indivíduo deve ser compreendido dentro dos aspectos biológico, psicológico e social, evitando uma visão fragmentada do usuário, que o considera como um amontoado de partes (coração, fígado e pulmão). Portanto, a integralidade como proposta da promoção, proteção e recuperação da saúde deve criar ações e serviços voltados não somente para o tratamento das doenças, mas também para a preservação da saúde (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995). Na perspectiva de desenvolver ações integrais, os serviços de atenção à saúde previstos na Lei Orgânica da Saúde são entendidos como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos em cada nível de complexidade do SUS (BRASIL, Lei 8080/1990).

Assim, num primeiro momento, o princípio da integralidade apresenta-se como estratégia de romper com o modelo unívoco da medicina curativa e da atenção à doença. No entanto, posteriormente, percebe-se que o sentido atribuído à integralidade necessita superar o modelo biomédico hegemônico, reconhecendo os fatores sócio, econômico e cultural como determinantes da saúde. Pressupondo a não-fragmentação da atenção, sugere um modelo de atenção que vai além da proposta de cura da doença, considerando os horizontes da vida material e espiritual do usuário (MATOS, 2001).

Neste sentido, para Mattos a integralidade:

Não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "imagem objeto", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (Mattos, 2001, p. 42)

Na operacionalização da atenção à saúde, os sujeitos são considerados apenas como portadores de doenças, e apenas estas são tratadas, desconsiderando-se os desejos, as aspirações e os sonhos do usuário. Mas o autor afirma que na lógica do SUS o princípio da integralidade exige dos profissionais e dos serviços de saúde respostas abrangentes e adequadas às demandas apresentadas nas unidades. Para romper os padrões reducionistas presentes hoje na atenção à saúde, os quais impedem a efetivação da integralidade. Propõe-se, dessa forma, a construção do diálogo com o usuário, a fim de provocar a sua participação, identificando e trabalhando com seus desejos, aspirações e sonhos, traduzindo, assim, o princípio da integralidade como direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.

Para Schraiber (1999), um dos maiores desafios para a efetivação da integralidade na atenção à saúde é mudar a cultura dos profissionais de saúde que tendem a cristalizar a operacionalização das ações técnicas, fechando-se em suas intervenções especializadas, desconsiderando o reconhecimento dos limites de cada profissional e recusando as possibilidades de complementaridade das ações. Assim, a integralidade torna-se um desafio,

porque neste âmbito de atuação se exige dos técnicos um raciocínio crítico que não pode se limitar a uma área do conhecimento. Pelo contrário, as áreas devem ser complementares como também devem envolver o usuário nas decisões, ou seja, cada profissional precisa romper com sua total dependência nas decisões e partilhá-las com outros profissionais e usuários, a fim de chegar a soluções mais adequadas aos problemas de saúde.

Assim, Cecílio e Merhy (2003) colocam que a integralidade pode ser pensada no âmbito da atenção hospitalar a partir de dois ângulos: a integralidade tendo como referência o atendimento no âmbito hospitalar em si e a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no SUS.

Para os autores, considerar a integralidade na atenção à saúde a partir do atendimento hospitalar em si envolve necessariamente uma prática multidisciplinar. Assim, o cuidado hospitalar recebido pelo usuário compreende um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando de maneira mais ou menos consciente entre os profissionais que atuam nesta área.

Para eles, a atenção à saúde no âmbito hospitalar deve coordenar e articular adequadamente os cuidados entre o conjunto diversificado de intervenções profissionais, a fim de evitar que a atenção à saúde se transforme em uma linha de produção em que cada profissional é responsável por uma parte do cuidado, quando, ao contrário disso, a atenção à saúde deve ser operacionalizada de forma integral.

Analisar a integralidade no âmbito da inserção do hospital no SUS, segundo Cecílio e Merhy (2003), requer primeiramente considerar que o sistema de saúde brasileiro vem sendo operacionalizado através de serviços assimétricos e incompletos, acessados de forma desigual pelos usuários, o que implica a efetivação da integralidade quando nosso ponto de referência é o usuário e não este ou aquele serviço de saúde, pois a integralidade que cada usuário necessita freqüentemente transversaliza todo o SUS, ou seja:

A linha de cuidado, pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde. O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensado de forma ampliada como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (Cecílio e Merhy, 2003, p.04)

Neste sentido os autores colocam que a atenção hospitalar pode determinar a integralidade do cuidado quando oferece um adequado serviço de contra-referência após os atendimentos, garantindo a continuidade do tratamento não apenas dentro do SUS com também em outros serviços e setores públicos.

Ultrapassando a lógica da integralidade no âmbito hospitalar, Nogueira e Mioto, (2004, p. 7 e 8), afirmam a partir de Cecílio que a integralidade também pode ser traduzida em diferentes dimensões⁷ na atenção à saúde:

Uma delas é a integralidade focalizada, que é realizada e praticada nos diversos serviços de saúde, fruto de esforços de diferentes equipes multiprofissionais que buscam realizar ações interdisciplinares. Neste espaço sócio-institucional, a integralidade se realiza pelo compromisso ético político e pela competência técnica dos profissionais a partir da relação com o usuário. Ou seja, ouvir cuidadosamente, apreender, compreender e analisar para identificar as necessidades de saúde. Outra dimensão é denominada de integralidade ampliada. A integralidade desta dimensão deve ser visualizada como resultado da articulação de cada serviço com uma rede complexa formada por todos os outros serviços e instituições. Nesta acepção, fica evidente que a integralidade não é atributo específico de uma determinada profissão e nem de um serviço, mas compreende distintas práticas interdisciplinares diferentes que se articulam no campo da promoção da saúde, através de diferentes serviços e instituições.

Neste sentido, as autoras colocam que a integralidade ampliada pressupõe dois pilares básicos, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, que possibilitam uma inserção diferenciada do Assistente Social na área da saúde, superando o estatuto da profissão paramédica.

Na literatura e nos eventos acadêmicos em Serviço Social, muito se tem discutido a temática da interdisciplinaridade. No entanto, a intersetorialidade,

⁷ Schemes (2004, p. 19), em seu Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, faz um resgate da literatura da área e elenca outras dimensões para a integralidade a partir de autores como Camargo, Cecílio, Inojosa, Junqueira, Matos, Mendes, Nogueira, sendo elas: a integralidade como articulação entre prevenção e assistência à saúde, a integralidade como prática profissional não-fragmentada, a integralidade como trabalho em equipe, a integralidade como articulação dos serviços de saúde – intersetorialidade -, a integralidade em práticas alternativas e a integralidade na formação profissional.

apesar de ser uma prática muito freqüente no cotidiano do trabalho do Assistente Social, pouco vem sendo objeto de pesquisa e produções no âmbito profissional e de reconhecimento dos profissionais acerca de sua importância nas ações desenvolvidas em saúde.

3.2 A intersectorialidade como um pilar estruturante da integralidade

Os problemas de saúde emergentes em nossa realidade social são cada vez mais complexos, interligados e interdependentes, o que exige cada vez mais uma interpretação ampla e uma ação intersectorial. Para Junqueira (2000), o exercício de articular diferentes saberes e setores da sociedade é fundamental para apresentação de respostas adequadas aos problemas apresentados no cotidiano, pois nem sempre os problemas na atenção integral decorrem da falta de assistência, mas por falta de resolutividade das áreas.

Neste sentido, para se fazer uma abordagem teórica acerca da intersectorialidade, é fundamental resgatarmos alguns conceitos como, por exemplo:

A Rede Unida (2000, p. 1) define a intersectorialidade como:

A articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

O Ministério da Saúde concebe a intersectorialidade como:

Uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de

qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura Segurança Alimentar e outros. (Ministério da saúde, 2007)

E Junqueira (2000, p. 36) que afirmam a intersetorialidade é:

Vista como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realizações e avaliações de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas, visando ao desenvolvimento social.

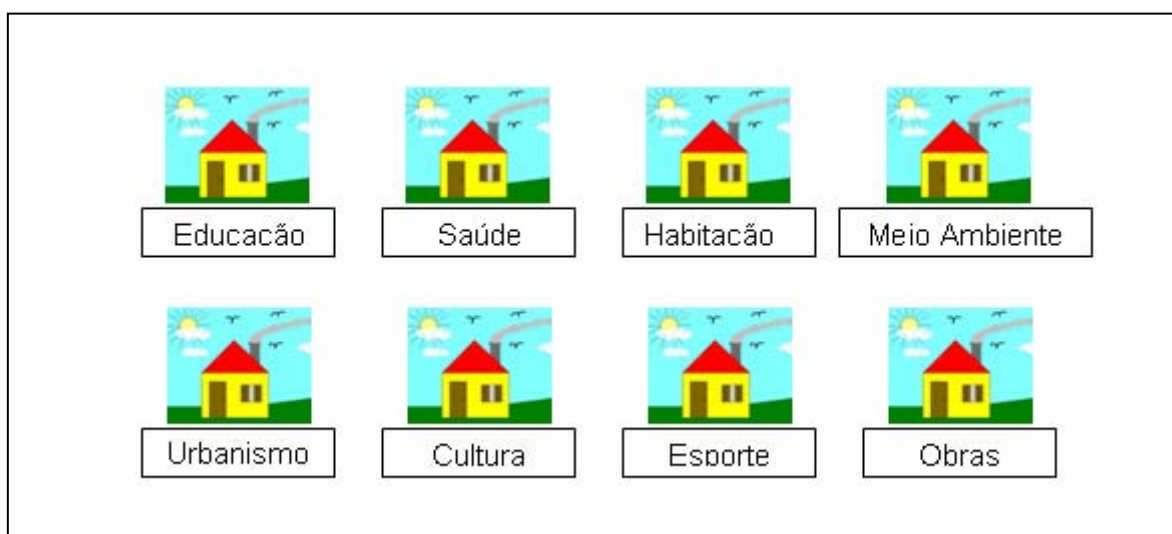
Com base neste conceito, Junqueira (1998) evidenciou que a intersetorialidade é uma forma de articular saberes e setores, a fim de apresentar soluções adequadas aos problemas emergentes no campo da realidade social. Na atualidade, estes problemas sociais têm um caráter multidimensional. Assim, para resolvê-los, o cidadão necessariamente precisa ser considerado em sua totalidade, pois a qualidade de vida da população atravessa várias dimensões, como o bem-estar físico, psíquico e social, em que a ação fragmenta ou apenas a ação deste ou daquele setor da política pública é incapaz de dar conta da realidade social que é posta, pois certamente apresentará soluções parciais e inadequadas a problemas complexos.

Assim, o autor (2000) afirma que devido às características dos problemas atuais, a ação intersetorial na saúde envolve necessariamente uma atuação no campo da educação, habitação, meio ambiente, urbanismo, cultura, esporte e obras entre outros. Esta articulação entre setores é fundamental, pois quando os problemas não são tratados em uma perspectiva integral, cada política social encaminha, a seu modo, uma solução, sem considerar as ações de outras políticas sociais, o que certamente resultará em uma ação sem efeito nas causas reais dos problemas e destina-se ao fracasso, pois está fundamentada a fragmentação.

A baixa efetividade da ação fragmentada foi ilustrada por Andrade (2006), com base em Campos (2000 e 2003) e Andrade et.al. (2004), com o modelo de casinhas paralelas. Nesta ilustração, o autor coloca que cada casinha representa um setor como à saúde, habitação, educação, o meio ambiente, urbanismo, a cultura, o esporte e as obras que operacionalizam as suas políticas em si e para si desenvolvendo demandas e soluções próprias fechadas em seu campo de atuação, portanto soluções ínfimas que não atendem à amplitude dos problemas.

A partir deste modelo, Andrade (2006, p.281) afirma:

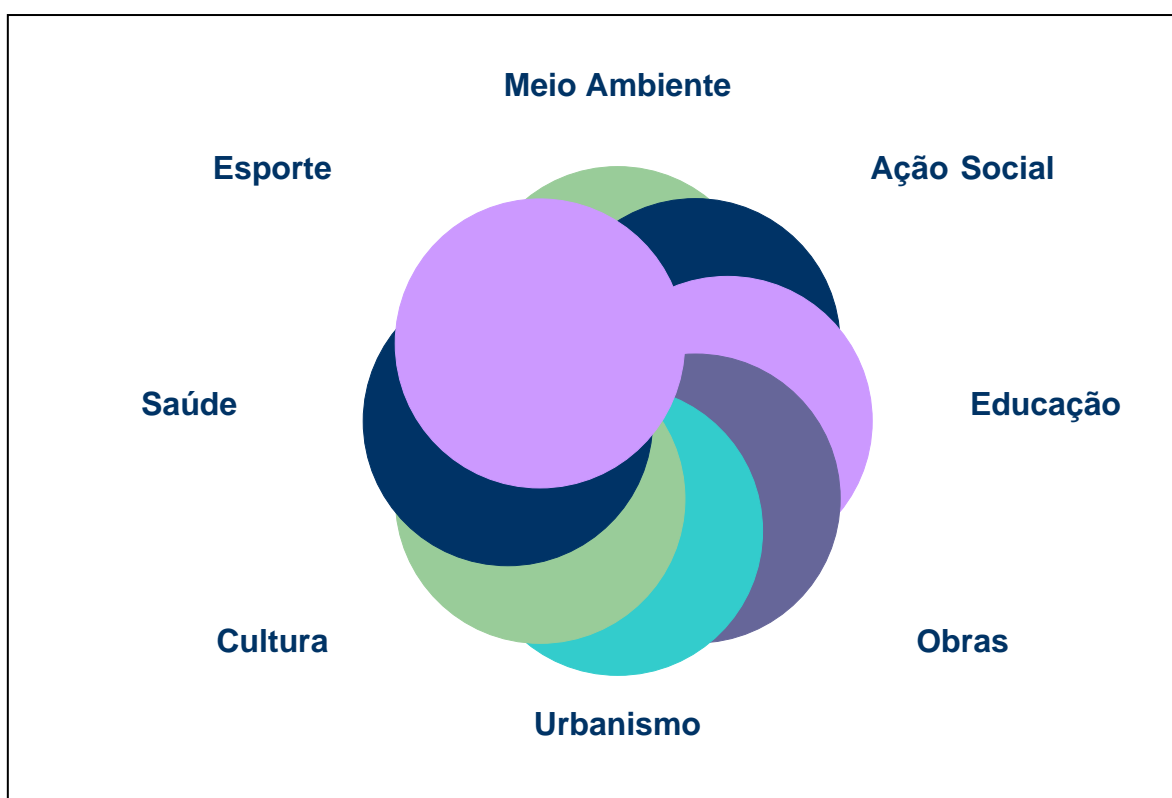
As políticas são pensadas no interior do setor, fundamentadas no seu objeto e acúmulo de práticas e saberes, a partir dos quais exteriorizam um conjunto de ações que sempre buscam justificar a sua própria existência.



Fonte: Modelo elaborado a partir do exemplo de Andrade (2006), com base em Campos (2000 e 2003) e Andrade et al. (2004).

Como forma de superar a ação fragmentada, Andrade (2006), com base em Campos (2000 e 2003) e Andrade et.al. (2004), sugere a construção de um espaço no qual os problemas concretos e complexos da realidade possam ser pensados através de práticas e saberes intersetoriais. Segundo o autor:

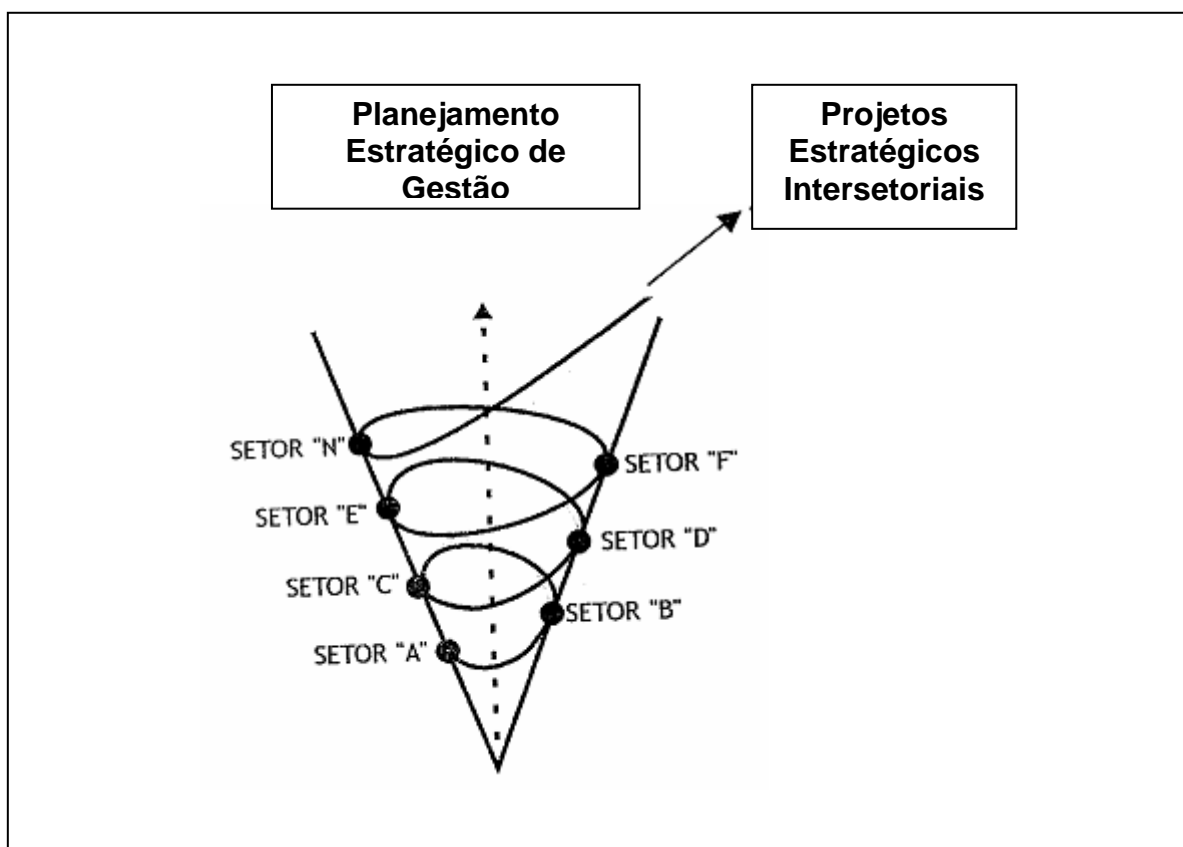
Esse espaço será construído com a construção dos setores que ali aportam seu acúmulo histórico e organizacional, teórico e metodológico, reconhecendo, no entanto, não ser esse acúmulo setorial suficiente para uma formulação no campo das políticas públicas com capacidade de respostas complexas. O novo objeto, com suas práticas, saberes e identidade vai, portanto, emergir da mediação entre os setores, com cada um contribuindo com os objetos pelos quais afirmam como sujeitos e de acordo com os problemas complexos que se manifestam no território. (Andrade, 2006, p. 282)



Fonte: Baseado no modelo de Andrade (2006), com base em Campos (2000 e 2003) e Andrade et al. (2004).

Além de romper com a fragmentação das ações, Teixeira e Paim (2000) percebem que a intersectorialidade é também uma forma de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, a fim de garantir acesso igual aos desiguais. Portanto, o desafio da ação intersectorial é de conjugar esforços de distintos setores com a saúde, educação, o saneamento, a segurança, o transporte, a habitação e outros, visando não apenas racionalizar recursos, mas promover ações que tenham maior efetividade e impactos sobre os problemas e necessidades sociais.

Andrade, na obra *A saúde e o dilema da intersectorialidade*, publicada em 2006, explica com base em um modelo espiral que a intersectorialidade pode ser construída de forma planejada a partir da integração entre os setores. A proposta do autor é criar espaços de intervenção nos quais se evolui num processo de aprendizagem que a cada intervenção se transforma. Assim, a figura abaixo mostra que ao mesmo tempo em que existe um planejamento estratégico de gestão há projetos estratégicos intersectoriais interligando os setores e transformando as ações.



Fonte: Elaboração de Andrade (2006), com base em estudos de Piaget (1971, 1975a 1975b), Morin & Moigne (2000) e Campos (2000 e 2003).

Com base no que foi afirmado a respeito da intersectorialidade, Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p.23) justificam a necessidade da ação intersectorial como estratégia de viabilizar a inclusão social, uma vez que para efetivá-la exige-se a garantia de um conjunto de direitos relacionados entre si. Eles citam:

A professora vê que seu trabalho perde a efetividade se a criança que está sob seu cuidado, além de não ter nutrição adequada, mora em condições adversas, não tem acesso a serviços de saúde, atividades culturais, ao esporte, lazer e não é protegida de riscos de violência. O médico e a enfermeira se afligem ao perceber que os agravos e riscos de saúde de determinado grupo não são superados porque sua moradia não tem saneamento, porque há um depósito de lixo nas proximidades etc. Só que nem a professora nem o médico têm nas organizações tradicionais setorializadas condições de encaminhar efetivamente esses problemas, de canalizar estas necessidades e demandas, que são de áreas distintas da administração pública.

Neste âmbito, percebe-se que a intersetorialidade é capaz de promover políticas públicas que ultrapassem a lógica da fragmentação, do paralelismo de ações e da centralização de informações, decisões e recursos.

Neste sentido, podemos afirmar que ações intersetoriais caracterizam a intervenção profissional do Serviço Social, uma vez que o assistente social transversaliza as políticas de proteção social, no âmbito geral, a fim de garantir de forma integral a satisfação das necessidades dos usuários. Assim, o serviço social constitui-se como um elo entre os “setores” e é fundamental na viabilização dos direitos. De acordo com Miotto⁸ (2007) a intersetorialidade pode ser percebida em três níveis, o primeiro refere-se à formulação das políticas públicas; o segundo refere-se ao âmbito da gestão das políticas e dos serviços públicos; e o terceiro evoca a intersetorialidade na execução dos serviços.

Discutir a formulação das políticas públicas como uma forma de pensar a intersetorialidade compreende necessariamente considerar o sistema da seguridade social, instituído formalmente no Brasil em 1988, que pretende unificar em torno de três políticas públicas o sistema de proteção social brasileiro (PEREIRA, 1998). Este sistema, conforme o artigo 194 desta constituição, define que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade,

⁸ Reflexão realizada durante orientações pedagógicas com a Prof^a. Dr^a. Regina Célia Tamasso Miotto, no período letivo de 2007.2.

destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social” (Brasil, 1988).

Neste sentido, Couto (2004, p. 158) afirma

O estatuto legal, então, rompe com a lógica fragmentada e busca por meio da seguridade social dar um sentido amplo à área social, trabalhando na lógica da ampliação dos direitos e da inserção da noção de responsabilidade do Estado Brasileiro frente a essas políticas. Assim, é possível afirmar que a política de seguridade social tem como concepção um sistema de proteção integral do cidadão, protegendo-o quando no exercício da sua vida laboral, na falta dela, na velhice e nos diferentes imprevistos que a vida lhe apresentar, tendo para a cobertura ações contributivas, para com que a política previdenciária e as ações não contributivas para com a política de saúde e de assistência social.

Nesta abordagem, Behring e Boschetti (2006) afirmam que apesar da proposta constitucional de construir um sistema de proteção social que atue nas necessidades do cidadão de forma integral, articulando nos diversos setores da esfera pública, sua efetivação na prática ainda não ocorreu, pois as políticas de saúde, assistência e previdência social seguem geridas por ministérios e orçamentos específicos, sem a necessária e devida articulação. Além disto, cada política possui um fundo orçamentário próprio, conselhos e conferências específicos, o que possibilita que as políticas sigam sendo pensadas isoladamente, com ações próprias, baixa participação e pouco diálogo na construção da política pública.

Apenas formular intersetorialmente a políticas públicas não é suficiente para a efetivação da atenção integral. É necessário também construir mecanismos de cooperação e de gestão para que as políticas públicas possam responder efetivamente as necessidades individuais e coletivas da população usuária dos serviços públicos.

A gestão intersetorial é uma estratégia de organizar, planejar, executar e avaliar as políticas públicas. A construção da intersetorialidade, neste sentido, parte dos problemas apresentados pelos sujeitos. A partir daí, criam-se propostas integradas, buscando as soluções não apenas no âmbito de uma política, mas na articulação das políticas de forma integral e intersetorial, reformulando a relação entre o Estado e a sociedade (JUNQUEIRA, 1997).

Assim, a intenção é colocar os sujeitos na centralidade das políticas públicas, considerando-os em sua totalidade, atendendo às suas necessidades individuais e coletivas, uma vez que os sujeitos deixam de ser objetos de intervenção e passam a fazer parte do processo da construção de proposta real para a solução dos problemas emergentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007 e SCHEMES, 2004).

Neste sentido, a intersetorialidade é uma forma inteligente de trabalhar as políticas públicas. Ela é permeável à participação do cidadão na medida em que se permitem criar espaços para o estabelecimento do diálogo de decisões entre as instituições e diferentes setores do governo, os quais atuam na produção das políticas públicas, considerando, assim, ações no âmbito da saúde, educação, do trabalho, da habitação, cultura, entre outros, superando a fragmentação das ações e possibilitando uma atenção integral que garanta os direitos de acesso aos serviços públicos. (BRASIL, 2007)

Neste nível, a intersetorialidade aponta para uma nova forma de gerenciar que passa pela identificação do problema e pela solução integrada, buscando garantir os direitos do cidadão. Atualmente algumas prefeituras têm articulado a descentralização e a intersetorialidade como ferramenta em sua administração, a fim de criar estratégia eficiente para responder aos problemas apresentados pela sociedade (CKAGNAZAROFF e MOTA, 2003).

Ao ilustrar este nível da intersetorialidade, Junqueira (1997) apresenta a organização da Prefeitura Municipal de Fortaleza, um modelo de gestão baseado na descentralização e na intersetorialidade, rompendo com a estrutura verticalizada e setorializada. Esta nova forma de organização buscou implantar uma nova relação entre o governo e os cidadãos, permitindo aos munícipes o acesso fácil e digno aos serviços, garantindo condições básicas de sobrevivência. Os objetivos traçados neste novo modelo de organização da prefeitura foram de aproximar o governo do cidadão na região onde ele vive, reconhecer o cidadão como sujeito de direito (e não como objeto de atuação), identificar os problemas e dar soluções integradas à necessidade e expectativa do cidadão.

Para o autor, a descentralização promoveu a divisão do poder da prefeitura para seis regiões da cidade. Os dirigentes de cada uma destas unidades regionais têm poder para resolver, de forma integral, todos os

problemas de sua área. Em cada região foram criadas Secretarias Executivas Regionais (SER), cuja função é identificar os problemas e desempenhar soluções integradas, ou seja, elas são responsáveis por identificar os grupos populacionais, suas necessidades e demandas, a fim de subsidiar a definição das prioridades. Com o pensamento de que as necessidades da população usuária se manifestam em nível territorial e, em alguns casos, sua resolutividade exige uma atuação em nível municipal, criaram-se, como estratégia de garantir a ação intersetorial, três secretarias: a de Ação Governamental, de Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente e de Desenvolvimento Social, com a finalidade de articular e dar suporte técnico para as ações das SER.

Junqueira (1997) explica que a Secretaria Municipal de Ação Governamental (SAG) tem a função de formular diretrizes gerais e indicar prioridades para a ação governamental, além de articular e acompanhar o orçamento e as relações entre o governo e a população. Esta secretaria, portanto, constitui-se como um órgão de controle e avaliação, direcionando as ações do governo. A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente (SMDT) integra todas as ações referentes à infra-estrutura urbana. Assim, ela articula as ações intersetoriais no âmbito das políticas de planejamento urbano, meio ambiente, transporte, obras viárias, obras municipais e limpeza urbana. A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) tem a função de integrar as políticas sociais, uma vez que seu objetivo é proporcionar melhorias nas condições de vida. É o órgão responsável pela articulação da ação intersetorial das políticas de promoção e recuperação da renda, condições de emprego, educação, saúde, habitação, cultura, lazer e assistência social. Além disto, a SMDS é responsável pela definição de prioridades para cada grupo social, definindo padrões de qualidade, monitoria de indicadores e verificação de resultados.

Assim, segundo Junqueira (1997, p. 20)

A proposta da prefeitura de Fortaleza procurou mudar a lógica criando um novo aparato para integrar os serviços e dar respostas ágeis às demandas dos cidadãos no espaço em que vivem. O mesmo deverá ocorrer com órgãos da administração indireta (fundações e autarquias). Também eles estão sendo reordenados para executar ações de

maneira descentralizada e integrada na nova proposta organizacional da prefeitura.

Além do nível da formulação e da gestão das políticas públicas, a intersetorialidade também pode ser pensada na execução propriamente dita dos serviços. Neste sentido, a intersetorialidade apresenta-se como um eixo estruturante nas políticas de atenção à saúde, pois assume relevância na afirmação da saúde como um direito de todos e dever do Estado, o qual não contempla apenas a atenção a doenças, mas garante o direito do cidadão de ter uma vida digna e com qualidade. Dessa maneira, pode-se dizer que a atenção à saúde exige uma visão integral dos problemas sociais e sugere a integração de várias ações setoriais como resposta a estes problemas.

Assim, a intersetorialidade constrói-se também no nível da assistência à saúde, pois a manutenção e a recuperação da condição de saúde da população dependem do desenvolvimento de ações integradas, tanto no âmbito do SUS como além dele, e por isso atinge outros setores das políticas de proteção social, proporcionando respostas adequadas aos problemas de saúde do cotidiano.

É nesta perspectiva que a próxima sessão é elaborada. Considera o envolvimento com as ações intersetoriais vivenciadas na atenção à saúde na alta complexidade, durante o estágio curricular obrigatório na Clínica Médica I do Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), a partir da sistematização das informações contidas no diário de campo.

4 A INTERSETORIALIDADE NA ASSISTENCIA À SAÚDE NA ALTA COMPLEXIDADE

Esta sessão busca apresentar uma breve discussão sobre a intersectorialidade, com base na experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório realizado no Hospital Universitário, utilizando-se das informações e reflexões contidas no diário de campo. Para dar visibilidade ao processo de construção da discussão proposta, inicia-se a sessão apresentando a instituição e informações referentes ao serviço social no HU, destacando a experiência do estágio. Posteriormente, apresenta-se a identificação das ações intersectoriais no processo de trabalho da estagiária, finalizando com a classificação das ações intersectoriais na atenção à saúde e descrição das ações profissionais desenvolvidas em direção da intersectorialidade.

4.1 A instituição: Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

O hospital universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) foi inaugurado em 02 de Maio de 1980, em Florianópolis. Pode-se afirmar que a sua construção foi resultado de um processo reivindicatório de acadêmicos e de professores da UFSC.

O HU é uma unidade de administração federal, com abrangência de atendimento em nível estadual. Esta abrangência efetiva-se a partir de um contrato estabelecido com a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e o HU/UFSC, no qual foram estabelecidas metas e indicadores de resultados a serem cumpridos pela unidade de saúde, além dos recursos financeiros. A contratualização⁹ constitui-se como uma das fontes de recursos

⁹ Conforme Vasconcelos (1998), este processo de contratualização dos serviços de saúde pelo SUS representa um estratégia de enfrentamento da crise que vem assolando os HU's no Brasil.

para a manutenção do hospital¹⁰. Atualmente, o HU é o único hospital que atende 100% SUS no Estado de Santa Catarina.

O contrato de metas estabelecido entre o HU e a SES/SC tem por objetivo a regulamentação da relação entre as instituições, a padronização das metas gerais e específicas a serem cumpridas, o perfil assistencial requerido, o volume de prestação de serviços, o grau de envolvimento do hospital com a rede estadual de referência, a humanização do atendimento, melhoria na qualidade dos serviços prestados à população, a melhoria na qualidade do ensino, além de outros fatores que tornem o hospital em efetivo instrumento assistencial do Sistema Único de Saúde.

Devido a este contrato, o hospital constitui-se como estrutura de saúde de referência para o todo o Estado de Santa Catarina nos atendimentos à urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e internação de alta complexidade. É referência também para a região metropolitana da grande Florianópolis e, em particular, da região norte e leste da Ilha, dentro do Programa Docente Assistencial, uma ação conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O HU presta atendimento à população de todas as faixas etárias, desde a atenção neonatal à geriatria para ambos os sexos.

Conforme o planejamento estratégico do HU, publicado no ano de 2006, intitulado Plano 2012, o HU assume como missão preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimento, com ética e responsabilidade social (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2007).

Neste mesmo plano também está explicitada a declaração de valores do HU, entre elas destacamos: ética, qualidade, humanização, valorização e qualificação profissional, compromisso social, construção e socialização dos conhecimentos, serviço público e gratuito, competência profissional, respeito aos princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade, resolutividade), articulação e ensino, pesquisa, extensão, assistência e inovação.

¹⁰ A verba para custeio dos recursos humanos são provenientes do Ministério da Educação e Cultura (MEC), repassado à UFSC, que é responsável pela manutenção do hospital (água, luz e os serviços de telefonia)

4.2 O serviço social no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

A atual estrutura organizacional do HU é formada hierarquicamente a partir de uma diretoria geral (DG) subdividida em Diretoria de Administração (DA), Diretoria de Apoio Assistencial (DAA), Diretoria de Enfermagem (DE) e Diretoria de Medicina (DM).

De acordo com esta estrutura organizacional, a Diretoria de Apoio Assistencial (DAA) divide-se em Divisão de Apoio Assistencial (DVAA) e Divisão de Diagnóstico Complementar (DVDC), sendo que o Serviço Social na instituição está ligado à DVAA, juntamente com os serviços de Farmácia, Psicologia, Prontuário de Paciente e Nutrição.

Atualmente, no quadro do Serviço Social do HU, estão lotadas 10 profissionais de Serviço Social que estabeleceram a partir do planejamento do Serviço Social no HU para o ano de 2007 e 2008, como missão:

Desenvolver ações profissionais em Serviço Social, promovendo o protagonismo individual e coletivo no exercício, defesa e ampliação da cidadania. Atual sob os valores do projeto ético-políticos do assistente social, realizando, ensino e pesquisa em saúde com qualidade. Contribuir para o processo de construção de um espaço interdisciplinar para a formação crítica, sólida e com competência (Moraes, et al, 2007 pg. 23).

Conforme documento elaborado pelas assistentes sociais do HU, editado pelo Conselho Regional de Serviço Social 12ª Região, fica estabelecido que o serviço social objetiva:

- atender as demandas sócio-assistenciais dos usuários do Hospital Universitário;
- desenvolver ações profissionais integradas com os diversos profissionais que prestam atendimento aos usuários, garantindo uma abordagem multidisciplinar;
- desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença e sobre as ações profissionais desenvolvidas pelo serviço social;
- favorecer ao usuário condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade;

-desenvolver ações sócio-educativas junto à comunidade universitária e à população circunvizinha ao HU competência (Moraes, et al, 2007 pg. 23-24).

No HU, o serviço social está inserido nos seguintes programas: Programa de Internação: Clínicas Cirúrgicas I e II; Clínica Médica I, II e III; Ginecologia; Maternidade; Pediatria; Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Programa de Atuação do Serviço Social junto a Patologias Específicas através dos Projetos de Atuação junto aos Pacientes: Diabéticos, com Insuficiência Renal Crônica, portadores da Doença de Alzheimer, portadores de Doença de Parkinson, portadores de Obesidade Mórbida. Programa de Ação Especial do Serviço Social: Projeto de Atuação do Serviço Social junto à Emergência; Projeto Plantão do Serviço Social junto ao Ambulatório; Projeto de atuação do Serviço Social no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto-Geriátrica – NIPEG; Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Planejamento Familiar; Projeto do Serviço Social junto à Associação de Amigos do HU – AAHU; Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao serviço de Hemoterapia; Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Núcleo Desenvolver; Projeto de Promoção da Saúde das Mulheres, Gestantes e Puérperas, no âmbito da Saúde Reprodutiva; Projeto de Atuação do Serviço Social junto ao Laboratório de Estudo da Voz e Audição – LEVA; Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT; Comissão de Atendimento às Crianças Vítimas de Maus Tratos; Comissão de Humanização (MORAES, et al, 2007).

As ações profissionais do serviço social do HU estão orientadas pela proposta de Mito, que articula as ações profissionais em três eixos básicos¹¹:

¹¹ Os processos políticos organizativos correspondem à articulação de um conjunto de ações, dentre as quais se destacam a mobilização e a assessoria, incrementando discussões e ações entre o espaço sócio-ocupacional, a comunidade e outras instituições, visando à universalização, à ampliação e à efetivação dos direitos. Os processos de planejamento e gestão correspondem ao conjunto de ações profissionais no âmbito das instituições e serviços de saúde no planejamento e gestão de serviços sociais. Neste âmbito estão contidas ações particularmente destinadas à efetivação da intersectorialidade, quais sejam, a gestão das relações interinstitucionais e a criação de protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais, que servem de base tanto para o trabalho do assistente social como para a equipe da qual é parte. Os processos sócio-assistenciais correspondem a um conjunto de ações profissionais desenvolvidas diretamente com o usuário nos diferentes níveis

os processos político-organizativos, os processos planejamento e gestão e os processos sócio-assistenciais. Considerando a centralidade das ações de caráter sócio-assistencial no âmbito da assistência à saúde, particularmente na alta complexidade, merecem destaque as ações sócio-educativas, periciais, emergenciais e sócio-terapêuticas.

As ações sócio-educativas, segundo a autora, estão orientadas para criar uma consciência reflexiva que oportuniza aos usuários uma compreensão mais crítica e efetiva da sociedade onde vivem, dos direitos que possuem nesta sociedade e das possibilidades de coletivização deste direitos. Orientam-se para a democratização de informações acerca dos direitos sociais, buscando fortalecer a autonomia no usuário.

A socialização das informações é uma das principais características das ações sócio-educativas, porém é importante salientar que estas ações não se resumem ao repasse de informações sobre serviços e direitos, elas abrangem um processo mais amplo de reflexão com as envolvidos, no qual há uma responsabilização do profissional tanto pela informação prestada como pelo acompanhamento do processo como um todo, de modo que o usuário se perceba co-participe do processo de materialização de seus direitos (MIOTO, 2001).

No hospital universitário estas ações estão vinculadas ao acolhimento¹² do usuário recém-internado e de seus familiares. Contempla entrevista, esclarecimento das dinâmicas hospitalares e intervenções que se voltam geralmente a questões trabalhistas e previdenciárias.

de complexidade dos serviços de saúde. Tem como lógica atender ao usuário como sujeito para responder as demandas/necessidades particulares (Moraes, et al, 2007 pg. 20-21).

¹² O acolhimento aqui é encarado como uma forma de receber o usuário no sistema de saúde. Significa uma aproximação entre dois sujeitos, em que o profissional busca identificar as necessidades do usuário e possibilitar a produção de vínculos do usuário com os serviços de saúde, a fim de garantir sua participação e continuidade no processo de recuperação da saúde. Chupel (2005), em seu Trabalho de Conclusão de Curso, discute a temática do acolhimento e afirma que ele envolve três aspectos na atenção prestada ao usuário: o primeiro aponta para a necessidade de saúde do usuário, o segundo busca garantir o acesso do usuário ao sistema de saúde como um direito, e o terceiro contempla o estabelecimento de vínculos entre o profissional/usuário e usuário/sistema de saúde.

A criação de vínculos como um dos principais aspectos do acolhimento possibilita a construção de relações de confiança entre o profissional e o usuário e entre o usuário e o SUS e, "a partir disso, a intervenção pode ser melhorada, com maior eficácia e efetividade. As situações mais difíceis são explicitadas, a confiança para expor existe e o diálogo é mais franco e aberto" (CHUPEL, 2005, p. 67).

As ações emergenciais são caracterizadas pelo atendimento das demandas imediatas dos usuários e familiares. No HU, estão voltadas ao fornecimento de vale-transporte, roupas, cesta-básica, fraldas e matérias de higiene. Destes itens, alguns são adquiridos pela Associação Amigos do Hospital Universitário (AAHU) e repassados ao Serviço Social para fornecimento aos usuários, como passes e produtos de higiene. Outros são provenientes de doações. O Serviço Social também recebe um montante da Fundação de Amparo e Pesquisa Extensão Universitária (FAPEU) para aquisição de cestas-básicas, fraldas e medicamentos.

Também com o apoio financeiro da AAHU, o serviço social realiza doações pontuais de produtos específicos aos usuários do HU, como, por exemplo, cadeira de rodas, cadeira de banho, colchão piramidal, entre outros produtos que em algumas situações são fundamentais para viabilizar a alta hospitalar do usuário.

As ações sócio-terapêuticas são caracterizadas no âmbito da relação profissional – usuário – familiar, em situações de conflito e sofrimento emocional que interferem no processo de saúde e doença. No HU Trabalha-se com a dificuldade familiar de aceitação de prognóstico reservado e com a iminência do óbito, com as dificuldades de rejeição da alta hospitalar e com o abandono de pacientes acamados e dependentes para o auto-cuidado, especialmente os idosos.

As ações periciais envolvem a elaboração de parecer social “com a finalidade de subsidiar as decisões de determinados órgãos ou profissionais para a concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços e também processos de contra-referências” (MORAES, et al, 2007, p.21). No HU são caracterizadas pelas orientações para o processo de curatela, tutelas, procurações, processos judiciais de recebimento de medicamentos excepcionais, oxigenioterapia domiciliar, recursos junto aos processos não deferidos no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), Benefícios de Prestação Continuada (BPC), Bolsa Família, órtese, prótese, como aparelhos auditivos, aparelhos para locomoção dentre outros.

4.3 A experiência do estágio na Clínica Médica I

Durante o período de estágio acompanhei as intervenções do assistente social na Clínica Médica I¹³, que é um setor de internação caracterizado como enfermaria, onde diariamente atua uma equipe multiprofissional, cujos profissionais desenvolvem ações que objetivam a recuperação da saúde. Esta equipe é formada por profissionais da Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia, do Serviço Social, técnicos de nível médio (técnicos de enfermagem e técnicos administrativos) e nível primário (auxiliares).

Esta unidade é composta por 12 quartos e 29 leitos, distribuídos entre as especialidades de Oncologia (01 leito), Reumatologia (01 leito), Pneumologia (08 leitos), Gastroenterologia (06 leitos), Clínica Geral (08 leitos), Nefrologia (04 leitos) e um reservado para o isolamento.

Na Clínica Médica I, 26 leitos são predominantemente destinados a usuários do sexo masculino, apenas 06 deles são destinados às usuárias do sexo feminino. Dos leitos femininos, 02 são destinados às usuárias atendidas pela Pneumologia e 04 pela Clínica Geral. No quarto de isolamento permanecem os usuários com restrição de contato, por precaução aérea e outras que possam afetar o quadro clínico do próprio usuário ou as demais pessoas que circulam pela unidade, como, por exemplo, situação de portadores de Tuberculose. Este ambiente é utilizado de acordo com a necessidade da unidade, podendo ser ocupado por ambos os sexos.

A intervenção do Serviço Social na Clínica Médica I é caracterizada por uma dinâmica diária, em que a cada internação hospitalar o assistente social realiza uma entrevista como parte do processo de acolhimento. A partir dela, são levantadas as demandas dos usuários e as possibilidades de intervenção profissional.

Para as clínicas foi sistematizado um roteiro básico de entrevistas¹⁴, a fim de servir como apoio e orientação nas intervenções diárias. Este documento foi publicado posteriormente pelo Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) da 12ª Região, no ano de 2007, e apresenta como proposta os seguintes questionamentos: nome, idade, estado civil, número de filhos e idade

¹³ Acompanhei também as intervenções na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no Laboratório de Estudo da Voz e Audição (LEVA) e no Plantão Social junto ao ambulatório do Serviço Social. Porém a maioria das atividades desenvolvidas concentraram-se na Clínica Médica I.

¹⁴ Roteiro inicialmente elaborado pela assistente social Luiza Maria Lorenzini Gerber para supervisão de estágio na Clínica Médica do HU.

dos mesmos, profissão/ocupação, procedência (onde mora), se reside em imóvel próprio, cedido, alugado? Com quem mora? Explorar a rede Familiar, as visitas e acompanhamento na internação hospitalar, bem como os cuidados pós-alta? Quantas internações anteriores? Se já esteve internado no HU? Se sabe seu diagnóstico? Se sim, qual a reação emocional frente a sua doença? É uma pessoa nervosa/ansiosa? A rotina familiar modificou-se muito com a doença? Está vinculado à previdência social? Em que condições? Autônomo, empregado de empresa? Como veio ao HU? Com recursos próprios? Com veículos da prefeitura? Com passagem fornecida pela prefeitura? Tem as passagens de retorno em aberto? Tem acompanhante? Orientar sobre as rotinas do HU, do serviço social, auxílio doença, recursos comunitários, banco de sangue etc. Outras observações? A critério do profissional e/ou estagiário, anotar telefones de contato de familiares e/ou institucionais.

Antes de entrevistar o usuário, o profissional realiza uma consulta documental prévia com a intenção de orientar o processo de abordagem do usuário, possibilitando a obtenção de informações importantes para o conhecimento da sua realidade social. Para tanto, utiliza-se da consulta ao censo de internação (documento que possui nome, número do registro, o número do quarto, a idade do usuário e a data de internação), da leitura do prontuário do usuário para coletar dados para subsidiar a entrevista do serviço social e da leitura do livro da enfermagem, que contém informações relativas às trocas de plantão, evolução do quadro clínico do usuário e recados pertinentes ao serviço social. Além disso, o acesso à documentação possibilita estabelecer contato com outros profissionais da unidade para obter informações importantes a respeito do quadro clínico e perspectiva de tratamento do usuário.

Realizada esta dinâmica, o assistente social entrevista os usuários identificando suas necessidades e de seus familiares. Em seguida, o profissional faz o relatório da entrevista com o usuário, com os dados de sua história, as ações, os encaminhamentos e os procedimentos realizados pertinentes ao serviço social. Este relatório é anexado ao prontuário do usuário. Assim o assistente social permanece acompanhando o usuário durante o período de internação hospitalar e realizando as intervenções que se apresentam no decorrer deste período.

Com base nisto, as intervenções realizadas pela estagiária, neste âmbito, foram estabelecidas a partir da definição de alguns leitos, nos quais foram acompanhados alguns usuários diretamente. Nesta divisão, ficou estabelecido o acompanhamento de 08 leitos de clínica geral, sendo 04 femininos e 04 masculinos, pois o objetivo foi acompanhar e efetuar uma intervenção profissional em que fosse possível encontrar situações mais diferenciadas num âmbito geral, e não focalizada num público-alvo a partir de um grupo de patologias. Dessa forma, foi possível a intervenção com usuários de sexo e faixas etárias diferentes e com os mais diversificados tipos de diagnóstico, como: neoplasias, HIV, Deficiência Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), além de outras patologias com quadro de transtornos mentais associados, entre outros.

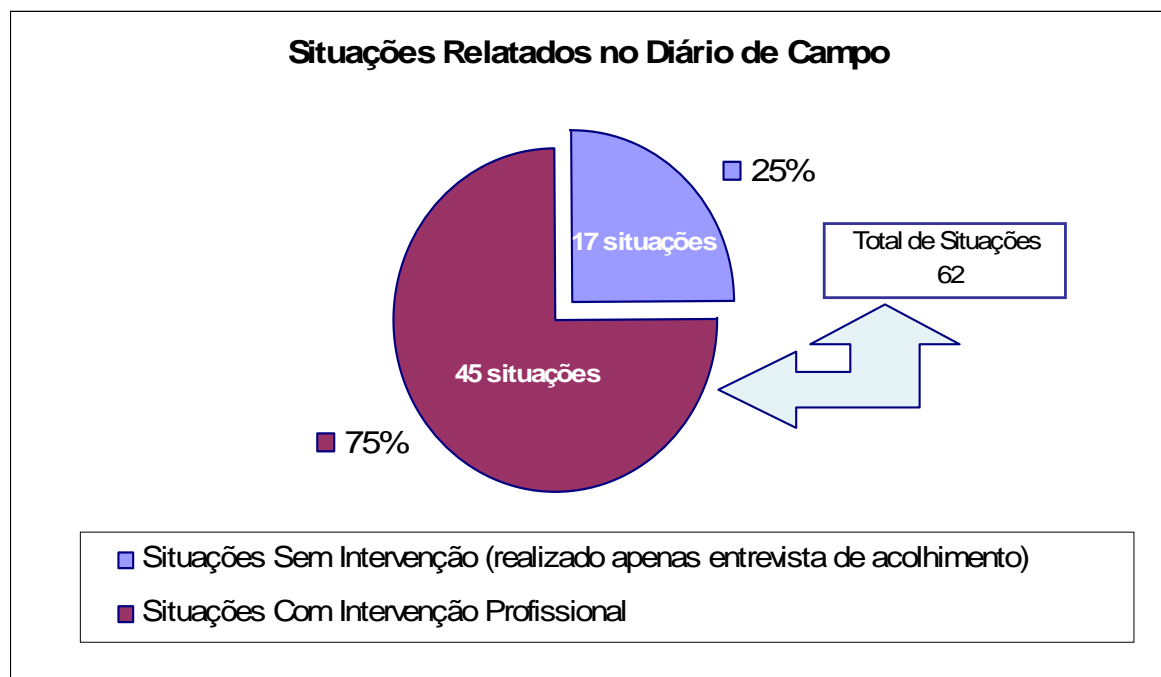
Após definirmos os leitos, diariamente foram realizadas consultas a documentos para identificar informações antecedentes dos usuários e, posteriormente, foram realizadas entrevistas. Quando necessário, foi realizado contato com instituições, serviços e familiares, além de se manter contato com profissionais de outras áreas para definir ações e encaminhamentos.

Todas as intervenções realizadas resultaram em um documento escrito, no qual uma cópia foi anexada ao prontuário do usuário e outra cópia foi anexada no diário de campo, onde as informações pessoais foram omitidas. O diário de campo produzido neste período de estágio serviu como documento-base para subsidiar a discussão da temática da intersectorialidade neste Trabalho de Conclusão de Curso.

Neste sentido, a discussão que apresentamos sobre a construção da intersectorialidade está baseada no Diário de Campo produzido durante o período de 26 de março de 2007 a 15 de junho de 2007. Neste período foram realizados 62 atendimentos.

Os sessenta e dois atendimentos foram realizados com os usuários e familiares a partir da singularidade das situações apresentadas. A lógica do atendimento nesta perspectiva envolve a participação do usuário e do profissional, a fim de encontrar respostas às demandas apresentadas pelo usuário, respostas que devem promover a autonomia, a emancipação, a cidadania, a inclusão social e a efetivação dos direitos sociais (MIOTO E NOGUEIRA, 2006).

Das 62 situações analisados, em 17 delas, que representam 27% do total, a intervenção profissional não ultrapassou o processo de acolhimento. Esta situação pode ser justificada pelo baixo período de internação hospitalar, pela transferência do usuário e outros motivos. As outras 45 situações, que compõem 73% do total, representam as situações onde houve algum tipo de intervenção do Assistente Social, conforme mostra o gráfico abaixo.



Esta realidade não faz mais que confirmar o assistente social como profissional da saúde. Neste sentido, Bravo e Matos (2006) afirmam que o objetivo do trabalho do Assistente Social neste campo é a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo de saúde/doença e a busca de estratégias de enfrentamento da situação. Assim, os autores colocam que o trabalho do assistente social neste campo deve:

ter como eixo central a busca criativa e incessante das incorporações dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articuladas aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ao ético-político do serviço social. É sempre em referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários (Bravo e Matos, 2006, p.17).

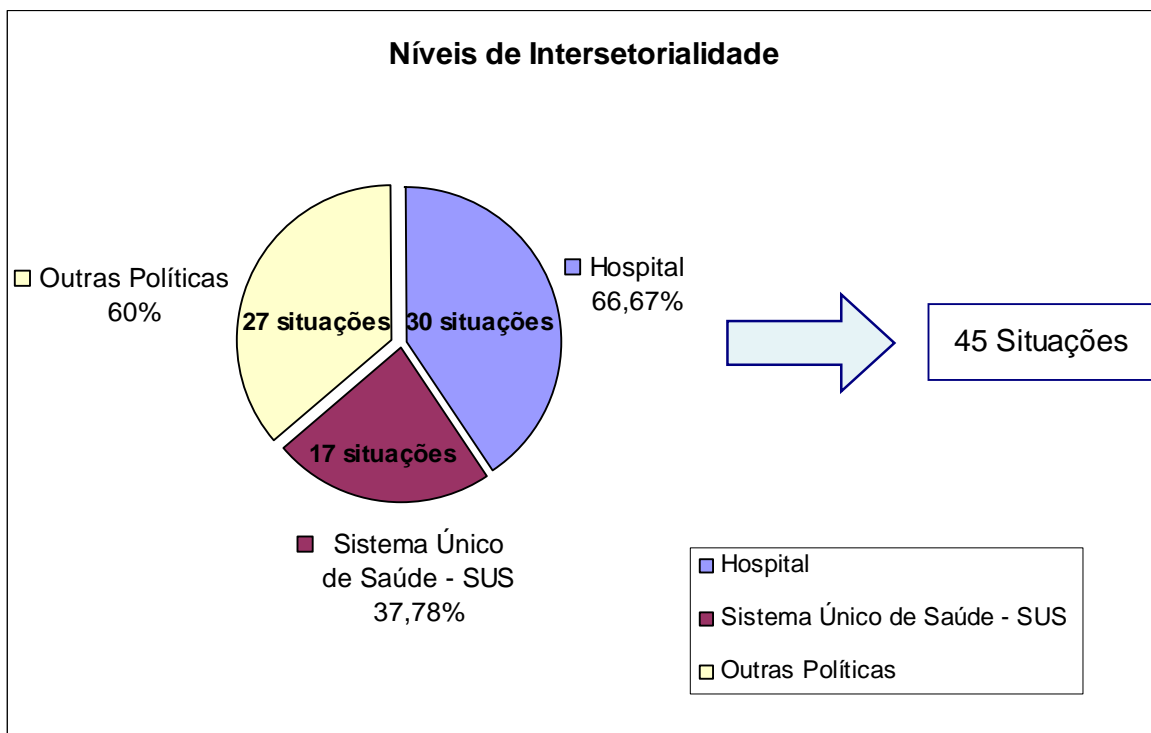
4.4 A construção da intersectorialidade no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais

Conforme salientado na sessão anterior, a intersectorialidade surge com a proposta de articular diferentes setores na busca de soluções adequadas aos problemas sociais. Neste sentido, as ações intersectoriais tendem a afirmar o princípio da integralidade, considerando o sujeito em sua totalidade, a partir de suas necessidades bio-psíquico-sociais, e a negar o caráter da fragmentação por apresentar soluções parciais e inadequadas aos problemas sociais.

Assim, mais do que uma estratégia na formulação e na gestão das políticas públicas, a ação intersectorial configura-se como uma forma diferenciada de executar os serviços. Na atenção à saúde, por exemplo, a intersectorialidade na esfera da execução dos serviços está presente nas ações internas dos serviços de saúde, no âmbito do SUS e na articulação com outras políticas públicas. Neste sentido, pretende-se sistematizar as informações sobre as ações profissionais direcionadas à intersectorialidade na alta complexidade a partir das 45 situações registradas no diário de campo.

A metodologia utilizada para a sistematização das informações acerca da construção da intersectorialidade no cotidiano do trabalho profissional compreendeu três etapas. A primeira etapa constituiu-se de uma leitura atenta das situações descritas, envolvendo o processo de acolhimento e acompanhamento do usuário. A segunda etapa consistiu no mapeamento das articulações com outros setores, serviços, profissionais, tendo em vista o atendimento de necessidades dos usuários e de suas famílias no âmbito das ações profissionais desenvolvidas. Com base no mapeamento realizado, procedeu-se um processo de identificação entre as demandas apresentadas pelos usuários e familiares e as articulações realizadas, que puderam ser enquadradas em três grupos, a saber: ações que envolveram articulações dentro do próprio hospital; ações que exigiram articulações no âmbito do Sistema de Saúde e ações que exigiram articulações com outras políticas setoriais.

Assim chegou-se à conclusão de que das 45 situações estudadas¹⁵, 30 delas, representando 66,67%, envolveram ações intersetoriais dentro do nível hospitalar; 17 situações, representando 37,78%, envolveram atendimentos na esfera do SUS e 27 situações, representando 60%, envolveram outras políticas na atenção à saúde, conforme ilustra o gráfico abaixo.



Finalmente, a última etapa do processo de sistematização consistiu na descrição das ações profissionais desenvolvidas em direção à intersectorialidade, como pode ser conferido a seguir.

No nível da alta complexidade, a ação intersectorial começa com o acolhimento do usuário e vai até o processo de encaminhamento deste usuário e de sua família a outros serviços ou instituições, tanto no âmbito do sistema de saúde como fora dele. Assim, no âmbito do hospital, as ações envolvem basicamente os setores, os serviços, os programas e os projetos do próprio hospital, como, por exemplo, as articulações e os encaminhamentos a outros

¹⁵Com base nos dados do gráfico percebe-se que uma situação pode envolver ações intersectoriais no nível hospitalar, no âmbito do SUS e de outras políticas.

Projetos desenvolvidos pelo Serviço Social, a outros serviços, como o de Psicologia, e à Associação de Amigos do Hospital Universitário, que realiza doações de produtos como: roupas, calçados, kit higiene, cadeira de rodas, cadeira de banho, colchão piramidal, glicosímetro e protetor solar. Produtos importantes para viabilizar a alta hospitalar, a permanência do usuário no hospital e a recuperação da saúde.

Assim, no âmbito hospitalar, a ação intersetorial pode ser caracterizada pela situação A: Senhora VC, 68 anos, aposentada, procedente de Florianópolis, é divorciada e tem dois filhos de 45 e 50 anos. A usuária reside sozinha, porém, no mesmo terreno, mas, em casas separadas, residem um dos filhos, policial militar, a nora, professora, e dois netos de 18 e 15 anos.

A usuária, orientada pela equipe de enfermagem, procura o serviço social para solicitar a aquisição de um Glicosímetro, pois, em decorrência da Diabetes, a usuária necessita acompanhar diariamente o nível de glicemia. Segundo relatos da usuária, neste momento a família não tem condições de adquirir o aparelho e afirma ter dificuldade para realizar o tratamento na unidade local de saúde devido à distância.

Na ocasião, buscamos apoio financeiro da AAHU para aquisição do aparelho, através de uma solicitação por escrito. A associação respondeu positivamente ao pedido e disponibilizou o dinheiro para aquisição. Porém, como a usuária já havia recebido alta hospitalar, no dia marcado para entrega do aparelho, ela não compareceu no hospital.

No nível do SUS, as ações intersetoriais envolveram basicamente os níveis de complexidade e as secretárias municipais de saúde nas solicitações de transporte para usuários e acompanhantes e de traslado do corpo, no casos de falecimento, solicitação de medicamentos especiais de alto custo e de medicamentos não padronizados pelo SUS, solicitação de emissão de documentos tais como Tratamento Fora do Domicilio (TFD), Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e Cartão Nacional de Saúde (CNS), documentos que se constituem como ferramentas fundamentais na operacionalização do acesso aos direitos e serviços dentro do SUS, solicitação de acompanhamento da Unidade Local de Saúde (ULS) para cuidados especiais pós-alta hospitalar e solicitação de avaliação/consulta no Centro de Estudos e Pesquisas

Ontológicas (CEPON) Centro de Convivência e Recuperação de Dependentes Químicos (CECREDE) e Instituto de Psiquiatria (IPQ).

Neste nível, a ação intersetorial pode caracterizar-se pela situação B: Senhor JF, 86 anos, aposentado como servidor público, procedente de São José, é viúvo, tem oito filhos e, segundo informações da acompanhante, o usuário reside com uma das filhas, que se responsabiliza pelos cuidados domiciliares do usuário, com o genro, que trabalha como carregador, e com uma neta de 15 anos. No momento do acolhimento, o familiar relata dificuldade para a aquisição de medicamentos não padronizados pelo SUS, utilizados pelo usuário para tratamento de saúde. Nesta ocasião, encaminhamos o familiar para a Secretária Estadual de Saúde, em posse dos documentos necessários para solicitar o fornecimento destes através do Programa de Medicamentos de Excepcionais.

No nível de outras políticas, percebe-se que as ações intersetoriais tornaram-se condição fundamental para a recuperação da saúde, a continuidade do tratamento e um importante instrumento para viabilizar a alta hospitalar.

As instituições/serviços acionados nesta esfera foram basicamente o serviço social do município de origem do paciente, o INSS, o Conselho Tutelar, a Promotoria da Infância e da Juventude, a Gerência do Idoso, o Centro de Referência de Assistência social (CRAS), a Associação Catarinense para integração dos cegos (ACIC), o Programa Abordagem de Rua de Florianópolis e o Cartório. As solicitações mais comuns encaminhadas do hospital para estas instâncias foram: solicitação de auxílio funeral, requerimento do Benefício Auxílio Doença, requerimento do saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), denúncia de maus tratos, solicitação de verificação de atendimento de determinadas instituições, emissão de atestado de óbito, requerimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC), Bolsa Família, apoio sócio-assistencial pós-alta hospitalar para as famílias em situação de vulnerabilidade social e internação em fazendas terapêuticas para tratamento de dependência química.

Neste nível, a ação intersetorial pode ser caracterizar pela situação C: Senhora DDG, 22 anos. A usuária foi trazida pelo corpo de bombeiros para a

emergência da HU com queimaduras de II e III graus, por acidente provocado por álcool, sendo em seguida encaminhada ao centro cirúrgico para realizar cesariana de urgência, pois estava com gestação de 33 semanas.

Durante o período de internação, verificou-se que a usuária estava em situação de rua. Foi reconhecida pelo Oficial da Polícia Militar e profissional do Programa Abordagem de Rua. Segundo eles, DDG reside em casa abandonada no Centro de Florianópolis junto com seu companheiro e outros casais.

Através de contatos com o referido programa, verificou-se que a família de DDG já havia sido atendida pelo Conselho Tutelar de Biguaçu. Em contato com o conselho, obtivemos a informação de que a usuária tem duas filhas, uma abrigada na casa lar de Biguaçu, com processo de destituição de poder familiar em andamento, e outra, que teve a guarda provisória cedida pelo juiz ao avô materno, que a entregou para uma família desconhecida.

Ao longo do processo de internação hospitalar, a usuária permanece com poucas visitas e sem acompanhantes. No segundo dia de internação, um rapaz apresentou-se como companheiro de DDG, no entanto, este senhor não mais compareceu ao HU. Uma irmã da usuária, de 14 anos, também compareceu para visitas, informando-nos que não vivia com a família natural e está co-habitando com seu companheiro em Biguaçu.

Considerando que a criança evoluiu em quadro estável e com previsão de alta hospitalar, e a mãe permanece pouco contactuante e sem previsão de alta hospitalar, solicitou-se ao conselho tutelar de Florianópolis providências quanto aos trâmites necessários em relação à sua guarda e cuidado. Sugeriu-se ainda encaminhar estudo social pela equipe de serviço social e psicologia da Justiça da Infância do município. Caso seja definida a medida de abrigamento, solicitamos que seja feita em local próximo ao HU, para que o serviço de psicologia da maternidade possa fazer a transição da “maternagem” para a equipe do abrigo.

No entanto, percebe-se que devido ao seu grau de complexidade, algumas situações demandam ações intersetoriais nos três níveis, como é o caso da situação D: Senhora NG, na época com 72 anos, aposentada, residia com o esposo, também aposentado. No mesmo terreno, em casas separadas, residem o filho de seu primeiro casamento, a nora e uma neta de 01 ano. A

senhora NG, acometida de uma neuropatia, perdeu o movimento das pernas e pouco mexia os braços.

Através da entrevista de acolhimento, percebeu-se a preocupação da usuária em relação ao cuidado domiciliar, tendo em vista que ela foi reinternada no HU após 15 dias de alta hospitalar. Nas entrevistas realizadas, a usuária alega ter medo de sofrer negligência no cuidado domiciliar, especialmente em relação ao esposo, pois em outras ocasiões ele a deixou sozinha, não atende aos chamados, grita constantemente e, em uma situação específica, já a deixou cair no chão. A usuária afirma ainda que gosta de ser cuidada pelo filho, mas compreende que em função do compromisso com o trabalho o mesmo tem limites para assumir os cuidados domiciliares.

Na ocorrência da alta hospitalar, realizamos uma reunião com os familiares (esposa, filho e nora) para discutir esta situação e também de que forma a família pode organizar a atenção à usuária em casa, considerando as exposições da mesma.

Na primeira reunião compareceu apenas o esposo da senhora NG. Problematizamos a situação da alta hospitalar, e ele afirmou não ter condições de organizar os cuidados domiciliares da usuária, pois também se encontra debilitado fisicamente, impossibilitando a realização de tal atividade. Na impossibilidade de recuperação da usuária, ele considera o abrigo como uma alternativa.

Organizamos outra reunião com o filho da usuária e problematizamos a questão da alta hospitalar. O filho afirma que se responsabilizará pelos cuidados domiciliares da mãe e não aceita em nenhuma hipótese a proposta de a mãe ir para um abrigo. O filho da usuária afirma que na sua ausência duas vizinhas irão auxiliar no cuidado domiciliar da usuária, cuja renda de sua aposentadoria será usada para financiar este cuidado.

A senhora NG aceita a proposta de ser cuidada pelo filho e descarta a possibilidade de ir para um abrigo. No momento da alta hospitalar, a AAHU realizou doação de cadeira de rodas, cadeira de banho, colchão piramidal e fraldas descartáveis, produtos estes importantes para possibilitar o cuidado domiciliar adequado e fundamentais para viabilizar a alta hospitalar. Em contato com a ULS, estabelecemos uma rotina de visitas com a Equipe de Saúde da Família para realização dos cuidados especiais (contra-referência).

Contatamos também com o CRAS, requerendo o acompanhamento da família e a identificação de limites no cuidado da usuária, solicitando apoio na aquisição de produtos como fraldas, a fim de viabilizar a manutenção do seu cuidado domiciliar e de sua permanência na casa.

Enfim, refletindo acerca do que foi colocado, percebe-se que na atenção às situações A, B, C e D a atuação profissional recorre inevitavelmente à ação intersetorial como forma de viabilizar o atendimento às necessidades dos usuários. Na situação A e D, a intersetorialidade acontece no âmbito hospitalar, uma vez que o serviço social aciona a AAHU como estratégia de garantir produtos não disponíveis na rede de atenção pública, os quais implicam diretamente na viabilização da alta hospitalar e continuidade do tratamento em domicílio.

Nas situações B e D, a ação intersetorial ocorre no nível do SUS, pois tanto a Unidade Local de Saúde como a Secretária Estadual de Saúde são requisitadas a prestarem serviços que serão fundamentais para a condição de sobrevivência dos usuários, que nesta fase de suas vidas não conseguem, sozinhos, prover a satisfação destas necessidades ou de tê-las mantidas por suas famílias.

As situações C e D, no entanto, representam a intersetorialidade no âmbito de outras políticas públicas, pois para exercer o direito à proteção integral da criança, na situação C, e para garantir o acompanhamento psíquico-social e o apoio financeiro à família, na situação D, foram requisitadas aos setores competentes, no caso o Conselho Tutelar e o Centro de Referência da Assistência Social, providências efetivas dentro de sua esfera de atuação. Assim nota-se que nas situações C e D as necessidades dos usuários manifestaram-se no hospital, ou seja, na política de atenção à saúde, e demandaram a atuação de outras políticas, como, por exemplo, a assistência e a política de proteção à criança e ao adolescente para garantir a provisão das necessidades apresentadas pelos usuários, que implica diretamente no estado de saúde deles.

Considerando as situações trabalhadas, é possível realizar, a título de conclusão, algumas observações.

A primeira concerne à participação da família e do profissional na operacionalização da intersetorialidade. Sobre isso cabe evidenciar que o

assistente social na área da saúde é como um agente de integração, ou seja, um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre as demais políticas públicas, cujo principal produto é assegurar a integralidade das ações. Neste sentido, a ação intersetorial realizada pelo serviço social na saúde cumpre um papel fundamental como instrumento viabilizador das condições objetivas para realização do trabalho em saúde, e principalmente para tornar possível o acesso da população aos serviços existentes, constituindo como um elo invisível. Este elo invisível representa a ação intersetorial, em que o profissional tem a função de estabelecer uma “integração harmônica” entre as profissões, os setores e as instituições, tanto no nível das relações internas no hospital quanto nas demais políticas e instituições sociais.

Assim, a autora destaca que por mais simples que possa parecer um encaminhamento, o assistente social precisa ter domínio não apenas do funcionamento da instituição e/ou da unidade que trabalha, mas necessita conhecer a lógica do funcionamento do sistema de saúde, a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições/serviços públicos e privados que se apresentem como estratégia de viabilizar o atendimento às necessidades de saúde da população, extrapolando a capacidade de um atendimento exclusivo nas instituições de saúde. (COSTA, 2006)

No que se refere à participação da família nas políticas públicas, percebe-se que esta tem adquirido importante espaço no sistema de proteção social, principalmente a partir de 1990, quando a família volta a ser pensada como co-responsável pelo desenvolvimento do cidadão (CARVALHO, 2005).¹⁶

Ao sistematizar as informações acerca da participação da família na execução da ação intersetorial, percebe-se que esta se constitui como importante instrumento viabilizador da intersetorialidade, pois devido à debilidade física do usuário ou à própria condição de internação, que impede o usuário de acessar determinados serviços, a família é requisitada a fazê-lo.

A segunda destaca a importância que as informações sobre os direitos e sobre como acessá-los têm para a construção da intersetorialidade. Assim, em

¹⁶ Desde o pós-guerra, a oferta universal de bens e serviços proporcionados pela efetivação da política pública pareceu mesmo descartar a família, privilegiando o indivíduo-cidadão. O progresso, a informação, a urbanização e o consumo fortalecem a opção pelo indivíduo portador de direitos. Apostava-se que a família seria prescindível, substituível pelo desenvolvimento do cidadão (CARVALHO, 2005, p. 267).

todos os âmbitos pode ser destacada a expressividade que têm os contatos com profissionais de outros serviços para obter informações sobre procedimentos relevantes para que o usuário e sua família tenham acesso a bens e serviços que lhes garantam a saúde. Nesta perspectiva, foram exemplos os procedimentos quanto à aquisição de medicamentos especiais, os requerimentos de benefícios auxílio-doença no INSS, informações acerca do processo de aposentadoria, solicitação do Benefício de Prestação Continuada e Bolsa Família, marcação de consulta e orientação para oxigenioterapia domiciliar.

Neste sentido, conforme Lima (2004), o repasse de informações e o processo de reflexão desenvolvido pelos profissionais junto aos usuários são os pilares das ações sócio-educativas. Nelas o profissional é responsável pela informação repassada, pelo desvelamento de ruídos existentes e pelo acompanhamento do processo em sua íntegra. Por isso a construção da intersectorialidade exige desde a obtenção de informações, na perspectiva do direito e da cidadania, a construção de canais adequados para que os usuários sejam atendidos na perspectiva da integralidade que envolve também atividades administrativas e burocráticas como: o preenchimento de formulário e guias, a reunião de documentos e emissão de estudos sociais que relatem a situação do usuário, e também as ações sócio-educativas desenvolvidas diretamente com os usuários.

Finalmente, a terceira enfatiza que a intersectorialidade efetiva-se na medida em que se criam espaços onde se estabeleçam o diálogo, a capacidade de negociação e de trabalhar os conflitos, a fim de potencializar as ações. “Ações que não necessariamente implicam a resolução ou o enfrentamento final do problema principal, mas que implicam a acumulação de forças, a construção de sujeitos e a descoberta da possibilidade de agir” (Rede Unida, 2000). Além disso, a intersectorialidade, para ser efetivada, exige do profissional que a execute um estudo minucioso de cada situação, pois, apesar do caráter geral apresentado nas intervenções profissionais, os sujeitos envolvidos apresentam particularidades que não podem ser generalizadas e precisam ser tratadas em sua unicidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, constatou-se que o SUS, como modelo de atenção à saúde, instituído no Brasil formalmente a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, incorpora como princípios que orientam a sua construção a universalidade, a equidade e a integralidade. Dentre estes princípios, a integralidade ganha importante destaque por ser um tema profundo e quase inesgotável. Além disso, a discussão da integralidade é fundamental para o debate das políticas públicas, na medida em que ela reconhece que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso a serviços de saúde, possibilitando o rompimento com as práticas que evidenciam o modelo biomédico hegemônico. (SCHEMES)

A integralidade na atenção à saúde pode ser trabalhada a partir de duas perspectivas que se completam, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, que se constituem como importantes instrumentos na atenção às necessidades de saúde da população. No que se refere à intersetorialidade, certificou-se que ela consiste em articular diferentes saberes e setores, a fim de apresentar soluções adequadas aos problemas do cotidiano. Portanto, o desenvolvimento das ações intersetoriais implica necessariamente estabelecer parceria com outros setores, como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura Segurança Alimentar e outros.

Assim, a necessidade de desenvolver ações de cunho intersetorial decorre das características dos problemas atuais, pois eles se apresentam cada vez mais multidimensionais, complexos e interligados. Assim, para atender às suas necessidades, os sujeitos precisam transversalizar todo o sistema de proteção social e não acessar este ou aquele setor da política pública. Neste sentido, a ação intersetorial exige o rompimento com as práticas fragmentadas, uma vez que com a fragmentação das ações é impossível dar conta da realidade social que é posta, apresentando soluções parciais e inadequadas, que destinam ao fracasso, pois não têm efeito significativo na solução dos problemas. Neste sentido verifica-se que a intersetorialidade é

uma estratégia de promover políticas públicas que ultrapassem a lógica da fragmentação, do paralelismo de ações e da centralização de informações, decisões e recursos.

Comprovou-se também que a intersetorialidade acontece no âmbito da formulação, da gestão e da execução dos serviços públicos. No âmbito da assistência à saúde, percebeu-se que as ações intersetoriais podem ser classificadas em três grupos: no primeiro, as ações que envolveram articulações dentro do próprio hospital; no segundo, as ações que exigiram articulações no âmbito do Sistema de Saúde; e no terceiro as ações que exigiram articulações com outras políticas públicas.

A partir da análise das situações estudadas na Clínica Médica I do hospital HU, constatamos que a participação da família e do profissional é fundamental na operacionalização da intersetorialidade. A família, em muitas situações, devido à debilidade física do usuário ou à própria condição de internação, é o agente responsável por requisitar os direitos do usuário junto às instituições públicas. No entanto, a atuação profissional do serviço social neste âmbito é como a de um agente de integração, cujo profissional é o “elo” entre os diversos níveis de atendimento do SUS e as demais políticas públicas, com o objetivo de assegurar a integralidade às ações e principalmente tornar possível o acesso da população aos serviços existentes.

Neste sentido percebe-se que para o assistente social desenvolver ações intersetoriais é fundamental para ele conhecer não apenas o funcionamento na instituição onde atua, mas precisa ter domínio do funcionamento, da dinâmica e da capacidade de atendimento de toda a rede de proteção social e outras instituições/serviços públicos e privados (COSTA, 2006).

Conclui-se também que as informações sobre os direitos e como acessá-los são importantes instrumentos para a construção da intersetorialidade. Por isso existe a necessidade de o profissional estabelecer contatos com profissionais de outros serviços para obter informações sobre procedimentos, a fim de garantir ao usuário e à sua família acesso a bens e serviços. Neste sentido, o profissional é responsável não apenas pela informação repassada ao usuário, mas pelo processo de reflexão junto a este, pelo desvelamento de ruído existente na informação e pelo acompanhamento

do processo em sua íntegra (LIMA, 2004). Assim percebe-se que a intersetorialidade se efetiva a partir dos espaços onde se estabelecem o diálogo, a capacidade de negociação e de trabalhar os conflitos.

Para finalizar, conclui-se que as ações intersetoriais exigem do profissional que a execute um estudo minucioso de cada situação, pois, apesar do caráter geral apresentado nas intervenções profissionais, os sujeitos envolvidos em cada situação são únicos e, por isso apresentam particularidades que não podem ser generalizadas, demandando intervenções profissionais “personalizadas” que considerem a unicidade de cada sujeito.

Frente ao que foi mencionado, espera-se que este estudo contribua no sentido de despertar a curiosidade de estudantes e profissionais do serviço social acerca das questões que envolvem a intersetorialidade, tendo em vista que esta prática ainda é pouco discutida, embora as ações intersetoriais apresentem-se como instrumentos fundamentais na operacionalização do princípio da integralidade presente no cotidiano de trabalho do assistente social.

Por fim, considera-se importante destacar que, apesar de ser direcionada à questão da intersetorialidade para a atenção à saúde, ela pode ser aplicada em qualquer âmbito das políticas públicas. Assim, sugere-se que as políticas, os programas, os projetos e os serviços possam ser repensados com base na intersetorialidade, a fim de garantir ações que atendam integralmente às necessidades dos sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE. Luiz Odorico Monteiro de. A saúde e o dilema da intersertorialidade. IN: _____. **A saúde e o dilema da intersertorialidade**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 279-285.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabiola. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio (Org.). **Gestão de serviços de saúde descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p.1-50.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **A Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto-lei n 8080, de 19 de Setembro de 1990. **Legislação brasileira para o serviço social**: coletânea de leis, decretos e regulamento para instrumentação do assistente social. São Paulo: Conselho Regional de Serviço Social da 9ª região, 2004.

BRASIL. Decreto-lei n 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. **Legislação brasileira para o serviço social**: coletânea de leis, decretos e regulamento para instrumentação do assistente social. São Paulo: Conselho Regional de Serviço Social da 9ª região, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 01 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. GM/MS 675 de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_675.doc>. Acesso em: 01 maio 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabete. et al (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. 1 CD-ROM.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivonete. **Política social: fundamentos e história**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 1 p.77-93, 2007.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Família e políticas públicas. In: ACOSTA, Ana Roja; VITALE, Maria Amalia Faller (Org.). **Família redes, laços e política pública**. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2005. p. 267-274.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **Integralidade do cuidado com eixo da gestão hospitalar**. Campinas. mar./2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>>. Acesso em: 08 jun. 2007.

CKAGNAZAROF, Ivan Beck; MOTA, Nomaston Rodrigues. Relação entre descentralização e intersetorialidade. In: INTERNATIONAL CONFERENCE IBEROAMERICAN ACADEMY OF MANAGEMENT, 3. 2003, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: Iberoamerican Academy of Management, 2003. 28p. Disponível em: <http://www.fgvsp.br/iberoamerican/Papers/0202_Relacionamento%20entre%20Descentralizacao%20e%20Intersectorialidade.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2007.

CHUPEL, Cláudia Priscila. **O acolhimento em saúde para os profissionais do Serviço Social**: uma reflexão teórica baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos sócio-assistenciais. 2005. n.º f. 98. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em serviço social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. **Anais eletrônicos...** Cazaquistão, URSS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 Maio 2007.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE. 1. Ottawa, 1986. **Anais eletrônicos...** Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://xiripity.wordpress.com/2007/08/13/carta-de-ottawa/>> Acesso em: 15 maio 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Anais eletrônicos...**Brasília. 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124> Acesso em: 27 ago. 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 12, 2003, Brasília. **Anais eletrônicos...**Brasília. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/12_CNS_Relatorio%20Final.pdf> Acesso em: 27 ago. 2007.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete. et al (Org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. 1 CD-ROM

COUTO, Berenice Rojas. O direito social, a constituição de 1988 e a seguridade social: do texto constitucional “a garantia da assistência social. In:

_____. **O direito social e a assistência na sociedade brasileira:** uma equação possível?. São Paulo: Cortez, 2004. p. 139-182.

FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf>. Acesso em: 30 set. 2007.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/>>. Acesso: 20 abr. 2007.

INIJOSA, Rose Marie. Intersectorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 32 n.2 p. 35-48, mar./abr. 1998.

INTERSETORIALIDADE NA REDE UNIDA. **Rede unida.** Intersectorialidade na Rede Unida. Divulgação em saúde para o debate. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. n. 22, dez. 2000. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/div_interset.asp> Acesso em: 10 jun.2007.

JUNQUEIRA, Luciana Antônio Prates; INOJOSA, Marie Inojosa; KOMATSU, Suely. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD "EL TRÁNSITO DE LA CULTURA BUROCRÁTICA AL MODELO DE LA GERENCIA PÚBLICA: perspectivas, posibilidad y limitaciones", 11. 1997, Caracas. **Anais...Caracas:Unesco/Clad**, 1997. p. 63-124.

JUNQUEIRA, Luciana Antônio Prates. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11-22, mar./abr. 1998.

JUNQUEIRA, Luciana Antônio Prates. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6. p. 35-45, nov./dez. 2000.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, Everardo Duarte (Org.). **Medicina social:** aspectos históricos e teóricos. 1. ed. São Paulo: Global Editora, 1983. p. 133-158.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A intervenção profissional do serviço social propondo o debate sobre ações sócio-educativas. In: ENCOTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 11. 2004, Porto Alegre. **Anais...Porto Alegre: ABEPSS**, 2004.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso; PRÁ, Keli Regina Dal. A documentação do cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista virtual texto & contextos**, Porto Alegre: ano 6, n.7, jul.2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1048/825>> . Acesso em: 30 out. 2007.

MATTOS Rubens Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infol=89&tpl=vie_w_participantes>. Acesso em: 10 jun. 2007.

MENDES. Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

MINISTERIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>>. Acesso em: 01 maio 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Perícia Social: proposta de um percurso operativo. In: _____. **Serviço Social e Sociedade**. n. 67. São Paulo: Cortez, 2001.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; MITJAVILA, Myriam; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. Família e saúde: direitos e práticas. In: SIMIONATO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (Org.). **Dilemas do mercosul**: reforma do estado, direito à saúde e perspectiva da agenda social. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004. p. 185-194.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. et al (Org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. 1 CD-ROM

MORAES, Ana Claudia de. et al. **A atuação do serviço social no hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2. ed. N.7. Florianópolis: EMYO: CRESS, 2007.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete. et al (Org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. 1 CD-ROM.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Disponível em <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 20 set. 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. São Paulo: MEDCI, 1999. p. 473-487.

PAULA, Kelly Andressa de; PALHA, Pedro Fredemir; PROTTI, Simone Teresinha. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. São Paulo, v.8, n.15, p.331-48, mar./ago. 2004.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Ser social**, Brasília, v.1, n. 1, p. 33-55, 1º semestre, 1998.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Do mínimo ao ótimo de satisfação de necessidade mediante o conceito de básicos sociais. In:_____.

Necessidades humanas: subsídio à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000. p. 37-86.

SCHEMES, Patrícia Freitas. **A integralidade como princípio doutrinário do SUS**: retomando a discussão e centralizando o debate na prática cotidiana da intervenção profissional. 2004 n° f. 69. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em serviço social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SCHNEIDER, Alessandra et al (Org). **Pacto pela saúde**: possibilidade ou realidade?. Passo Fundo: UFIBE/CEAP, 2007.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Desafios Atuais da Integralidade em Saúde. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n. 17, maio. 1999. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr17_desafios.html>. Acesso: 20 maio 2007

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. A proposta LAPA-UNICAMP: “Em defesa da vida”. In:_____. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed.São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 100 – 110.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: ROZENFELD, Suely (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 49 – 59.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento e promoção de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, nov./dez. 2000.

VASCONCELOS, Cipriano Maria de. **Notas sobre a crise dos hospitais universitários no Brasil**. Disponível em: <<http://www.denem.org.br/2005/arquivos/ok-1121496462023.doc>> . Acessado em: 21 mar. 2006.

VIEIRA, Danúbia Rocha. **A determinação social as saúde**: um estudo sobre as famílias inseridas no programa hora de comer. 2006. n° f. 110. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.