



3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social

Tema: “Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios da política social”

Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015

Eixo: Serviço Social: fundamentos, formação e trabalho profissional.

Viabilização de direitos versus ofensiva neoliberal: dificuldades e possibilidades da prática do assistente social na alta complexidade

**Fernanda Marques de Sousa¹
Merilin Carneiro França²**

Resumo

Este artigo visa contribuir com a reflexão sobre a atuação de assistentes sociais inseridos no espaço da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), enfatizando a imprescindibilidade da construção de arranjos intersetoriais para o atendimento integral do usuário que se encontra no citado serviço. O objetivo deste trabalho é fomentar o debate referente à importância do uso da estratégia da intersectorialidade na Política de Saúde com vistas para o atendimento integral do usuário, sem perder de vista as estratégias de desmonte dos direitos da ofensiva neoliberal, que se configuram nos diversos modelos de privatização e sucateamento do SUS.

Palavras-chave: so Intersectorialidade. Política de Saúde. Serviço Social. UTI.

Abstract

This article aims to contribute to the discussion on the role of social workers inserted within the Intensive Care Unit (ICU), emphasizing the indispensability of building intersectoral arrangements for intergalactic user service that is in that service. The objective is to foster debate on the importance of using the intersectoral strategy on health policy with a view to the full user service and without losing sight of the dismantling strategies of the rights of neo-liberal offensive, which are configured in different models SUS privatization and scrap.

Keywords: Intersectoral. Health Service Social Policy.

INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como objetivo discutir e fomentar a prática do assistente social no âmbito hospitalar, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a qual exige desse profissional criatividade e capacidade de se articular com profissionais, visitantes e familiares na iminência da dinâmica do serviço, a partir de uma atuação

¹ Residente na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush), no hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

² Mestre em Políticas Públicas pela da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Residente na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Rimush), no hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da UFPB.

pautada na viabilização do atendimento integral do usuário, com vistas a participação ativa desse.

É oportuno destacar que no processo de trabalho se configura o fomento de arranjos interprofissionais, intra e intersetoriais voltados para promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários, ademais a pretensão é estabelecer vínculos que venham a potencializar a assistência humanizada entre usuários, familiares e profissionais.

No decorrer do trabalho, detivemo-nos também à importância do uso da intersectorialidade para um atendimento integral aos usuários compreendendo-se que a saúde está ligada diretamente com os determinantes da vida dos sujeitos em todos os âmbitos. Serão destacadas as ações da prática profissional do Assistente Social na alta complexidade, especificamente nas UTI's utilizando-se de arranjos intersetoriais que para serem efetivados apresentam vários desafios e possibilidades ao profissional supracitado.

O ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

As conquistas no campo da saúde, advindas com a Constituição Federal (C.F.) de 1988 só foram ratificadas com a Lei Orgânica de Saúde (LOS) em 1990, essa já nasceu sofrendo os rebatimentos das investidas neoliberais, pois a crise econômica que antecedeu a implantação do SUS, na década anterior, foi decisiva para que fossem realizados ajustes nos gastos sociais com o argumento de pagar a dívida econômica externa. Com tais ajustes, o papel do setor privado no âmbito da saúde tem ampliado sua participação diante das demandas e isso tem se manifestado na transferência da gestão de hospitais públicos para o controle de organizações sociais, elevada incidência de contratação dos serviços privados na realização de exames e procedimentos médico-cirúrgicos e pelo predomínio dos mandos e desmandos dos laboratórios sobre a pesquisa em saúde e sobre a venda de medicamentos. Ainda nota-se o adentrar da ofensiva neoliberal na precarização dos serviços de saúde em que os hospitais permanecem sem a devida estrutura para atendimentos, com profissionais subcontratados e não ofertando insumos básicos.

A situação é agravada pela trajetória hospitalocêntrica, médico centrada em que os serviços ofertados na atenção básica permanecem sendo insuficientes para as demandas apresentadas e se articulando de maneira fragilizada com a atenção secundária

e terciária de saúde. Por isso a entrada dos usuários na atenção terciária e principalmente na UTI, também é o reflexo da omissão ou da falta de cuidados preventivos ou de tratamento adequados a situação de saúde, assim também são enfrentadas dificuldades para a continuidade da atenção no pós alta hospitalar.

Nesse cenário de precarização dos serviços de saúde, a atenção hospitalar sucateada marcadamente imediatista tem buscado no assistente social o profissional que atenda suas demandas de cunho social, mas sem garantir a eles as devidas condições de realizar uma prática mediatista e que consiga dialogar, eficientemente, com as demais políticas vislumbrando a integralidade. Segundo (BRAVO, 1998 *apud*, CONSELHO, 2010) “[...] o projeto privatista demanda desse profissional a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial mediante o aconselhamento, ações fiscalizatórias e assistencialismo por meio da ideologia do favor”.

Apesar do Serviço Social possuir um projeto ético político que sinaliza ao profissional o compromisso com a classe trabalhadora e a tomada das categorias direito e cidadania para direcionar suas ações, (MIOTO, 2009) ainda encontra-se o atendimento das demandas sociais assim como prevê o projeto privatista da saúde, isso se dá pela precarização dos serviços, como também pela não identificação com o projeto político hegemônico da profissão.

Desde os primórdios esse profissional teve o campo da saúde como seu maior espaço sócio ocupacional, porém apenas em 1997 foi reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) enquanto profissional da saúde pela resolução 218/1997, e pelo Conselho Federal de Serviço Social (Cfess) pela resolução 383/1999.

Mesmo com avanços advindos a partir do projeto político profissional mudanças consideráveis não foram concebidas no arsenal técnico-prático, como sinaliza Vasconcelos (2003). Em contrapartida, práticas como escuta qualificada, entrevista social, arranjos intra e intersetorial, democratização de direitos sociais, articulação interprofissional, têm marcado a atuação desse profissional ao encontro do que prima a LOS.

Grandes avanços são vislumbrados, pois esse profissional tem ocupado espaços no SUS não exclusivos como no planejamento da política de saúde, no sistema de informação, no geoprocessamento, nas ouvidorias, na vigilância em saúde, regulação e auditoria e na atenção básica a saúde, como vemos em Kruger (2010).

Os estudos de Miotto (2001) pontuaram que os assistentes sociais articulam ações político-organizativas,

de planejamento/ gestão e sócio assistenciais. Pudemos perceber que no âmbito da saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) esse profissional desenvolve primordialmente as de cunho sócio assistenciais que se subdividem naquelas de caráter sócio-educativo, emergencial e sócio terapêutico. As

ações sócioeducativas permitem aos usuários do serviço e seus visitantes refletirem sobre o contexto social de maneira crítica percebendo que nesse processo de cuidado em saúde devem se identificar enquanto partícipes. Essas ações acontecem a partir da análise e repasse de informações sobre direitos e deveres, assim como da construção de momentos nos quais a educação em saúde é trabalhada. Ademais, Mito (2001) salienta que nas ações sócioeducativas o usuário deve entender que ele também é responsável pela garantia de efetivação dos seus direitos, assim como no processo de saúde.

As ações emergenciais são caracterizadas pela necessidade de respostas imediatas a demandas dos usuários ou de seus familiares e amigos, seja de transporte, de materiais de higiene, roupas ou alimentação. As ações sócio terapêuticas dizem respeito a necessidade de escuta qualificada para atender questões de conflito na relação entre os usuários, profissionais, familiares e visitantes, a partir da busca ativa em momentos nos quais é necessário a mediação desse profissional para garantir direitos e lidar com situações de sofrimento, abandono de usuário ou rejeição de prognóstico, assim como na retaguarda na hora de ser dada informações sobre o estado clínico (MIOTO, 2001). Momento esse em que o assistente social encontra-se presente na equipe multiprofissional.

As práticas profissionais se configuram enquanto imediatas e mediatas, exigem do profissional competência teórico política para responder as demandas sociais com efetividade, a partir da perspectiva dos direitos. Diante da complexidade das demandas, a atuação do assistente social no hospital é marcada por arranjos intrasetoriais, dentro da rede de serviço de saúde, e principalmente intersetoriais, que são articulações com as demais políticas sociais.

Nesse processo ressalta-se a importância do assistente social em uma equipe multiprofissional ao contribuir na democratização e viabilização de direitos, programas e projetos sociais, no traçar de arranjos intersetoriais, no fomento a práticas interdisciplinares e de educação em saúde, por fim no estabelecimento de vínculos entre os atores (profissionais, usuários e familiares) sendo

norteada pela Política Nacional de Humanização em Saúde (PNH) e visando o atendimento integral do usuário para o cuidado em saúde, a partir da noção do direito.

A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS SOCIAIS: conceitos e práticas

Quando se propõe debater sobre a intersectorialidade na formulação das políticas sociais parte-se da relevância científica, política e social que esta categoria apresenta no contexto atual da sociedade, tanto na formulação quanto na execução destas políticas. Fala-se isso partindo da análise advinda da perspectiva dialética, aonde as manifestações da questão social são reconhecidas enquanto expressões de um contexto estrutural dotado de interesses políticos e econômicos divergentes. Ressalta-se assim, a contribuição que o método dialético nos possibilita para entender como as mazelas sociais, provenientes do sistema econômico vigente, se revelam na vida do sujeito. Concorda-se com Potyara (2010, p. 2) quando esta traz:

Portanto, é pela perspectiva dialética e não linear, ou meramente agregadora, que a intersectorialidade das políticas sociais deve se pautar, caso queira ser fiel à realidade- que, por natureza, é dialética- e não pretenda transformar processos políticos, potencialmente conflituosos, em neutras prescrições administrativas.

Neste sentido, o materialismo histórico dialético é o método de análise adotado, por entender que as reflexões resultantes deste processo contemplam os aspectos (políticos, econômicos e sociais) que se pretende estudar articulando-os a conjuntura macro.

Iniciou-se pela formulação das políticas sociais na pretensão de apresentar a intersectorialidade como mecanismo que se manifesta em diversos momentos de uma política, ou seja, a intersectorialidade perpassa o âmbito da formulação, gestão e prática profissional. Constata-se assim, a complexidade da categoria, tanto no que diz respeito ao seu entendimento, devido à diversidade de conceitos, quanto ao seu uso, ainda de modo pontual.

Destaca-se que apesar de ser incipiente a produção no campo do Serviço Social, o conceito de intersectorialidade já aparece na Declaração de Alma- Ata, evento ocorrido no final dos anos 1970 sobre Cuidados Primários em Saúde. A Declaração foi um documento elaborado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Ressalta-se a influência que este evento importou para a saúde ao tratar de vários pontos,

tais como: O entendimento da saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado; O conceito ampliado de saúde; A Atenção Primária à Saúde (APS) (modelo filosófico de reorientação da prestação de serviços no primeiro nível de atenção em saúde, o qual reconfigurou a forma como vinha se dando a disponibilização desses serviços) e o uso da Intersetorialidade, percebe-se a importância deste momento para o debate em saúde.

Já na década seguinte, ocorre a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, aonde havia o ensejo de fomentar a participação da comunidade no processo de saúde, discutindo também a multidimensionalidade das mazelas que acometem os sujeitos. A conferência demonstrou a necessidade da intervenção de outros âmbitos para além da saúde (FERREIRA; BUSS, 2001). Confirma-se nos seguintes trechos da Declaração de Alma-Ata:

I. A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde; e no VII-5. Exige e fomenta, em grau máximo, a auto-responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde (FERREIRA; BUSS, 2001, p. 3).

Nota-se que o debate entorno da intersetorialidade desponta desde as primeiras manifestações (eventos) que se propunham a discutir a saúde como um direito entendendo-o para além da dimensão centrada na saúde/doença. Lembremo-nos do conceito ampliado de saúde, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, o qual compreende o sujeito nos aspectos biopsicossociais. Nota-se que o sujeito é visualizado no todo e que saúde vai bem além da ausência da doença, o que implicar entender que ações devem ser traçadas para implementar o que vem sendo preconizado. Percebe-se isso sinalizado nas Cartas de Promoção da saúde, as quais propõem que para ter uma população saudável: cidades e políticas devem ser redimensionadas (promovendo assim a construção de cidade e políticas saudáveis), políticas e serviços devem intervir em conjunto e não de modo desarticulado bem como, fomentar a participação da sociedade, reafirmando a autonomia e o controle da população, e compreendendo que só assim, haverá de fato a produção da saúde. Observa-se que a intersetorialidade está presente em todas as premissas das Cartas de Promoção da saúde, pois não se pode atingir tais fins, com ações fragmentadas e pontuais.

No caso do Brasil, dois momentos foram cruciais para se configurar legalmente a saúde que se queria, a saber: a VIII Conferência em Saúde com o tema: Democracia e Saúde, momento de mobilização de todas as frentes que lutavam em defesa de uma saúde

de qualidade e para todos, com a participação expressiva da sociedade; e a Constituição Federal (C.F.), também conhecida como Constituição Cidadã, a qual institui a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ambos do final da década 1980.

Após realizar um breve percurso histórico, ressalta-se a necessidade em tratar de qual intersectorialidade está se falando. Apesar de não ser uniforme quanto à conceituação desta categoria, isso também pode ser explicado pelos diversos campos discutirem a temática, ou seja, é crescente o interesse intelectual pelo tema, a definição de intersectorialidade escolhida é a de Potyara:

[...] além de princípio ou paradigma norteador, a intersectorialidade tem sido considerada uma nova lógica de gestão, que transcende um único 'setor' da política social, e estratégia política de articulação entre 'setores' sociais diversos e especializados. Ademais, relacionada à sua condição de estratégia, ela também é entendida como: instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, e prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas. Enfim, trata-se, a intersectorialidade, de um conceito polissêmico que, tal como a política social, possui identidade complexa e, talvez, por isso se afinem (POTYARA, 2010, p. 1).

Quando se propõe estudar intersectorialidade, nota-se que o uso desta comporta integrar setores, a fim de suprir as necessidades da população que além de sofrer com as expressões da questão social, sofre com a desarticulação das políticas públicas. Vale mencionar que a intersectorialidade acompanha a interdisciplinaridade, estas que são categorias que sustentam a integralidade, princípio filosófico do SUS. Considera-se importante expor o conceito de interdisciplinaridade que se adotou no trabalho. Carvalho (2010, p. 136):

Há diferentes opiniões sobre o que se constitui a interdisciplinaridade, mas considera-se que só se pode falar em interdisciplinar a partir do momento em que essa comunicação ou diálogo gerar integração mútua dos conceitos entre disciplinas, constituindo novo conhecimento ou buscando a resolução para um problema concreto [...] (JAPIASSÚ, 1976 *apud* CARVALHO, 2010, P.136).

Verifica-se a imponência do uso da estratégia da interdisciplinaridade e da intersectorialidade e o seu caráter complexo. Logo,

Nesta perspectiva, a intersectorialidade não é um conceito que engloba apenas as políticas sociais, mas também sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infra-estrutura e ambiente, que também determinam sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (JUNQUEIRA, 1998 *apud* SCHÜTZ, 2009, p. 21).

No entanto, dependendo da vertente teórica que a conceitua e da forma como está é aplicada, a mesma pode deixar de atender aos interesses da população, ao passo que esteja acatando interesses opostos. Destaca-se que se deve levar em consideração a conjuntura que se faz como pano de fundo, e neste caso, a forma como o Estado se comporta diante das necessidades da sociedade. Ou seja, a qual das classes o Estado estará atendendo.

Como diz Potyara (2010) deve ser por essa complexidade, atender interesses opostos, que elas se assemelham. É neste campo contraditório que a intersetorialidade se configura, também por esta vir com a proposta de mudar a realidade atual da formulação das políticas sociais e dos serviços. Assim sendo, concorda-se que a intersetorialidade:

[...] é evocada por contrapor-se ao aparato setorial que molda as políticas sociais. Com este direcionamento, a intersetorialidade envolve ações integradas de distintos setores, no atendimento da população, cujas necessidades são pensadas a partir de sua realidade concreta, de modo a colocar em pauta as peculiaridades de suas condições de vida (SCHUTZ, 2009, p. 16).

O fomento no debate referente ao uso da estratégia da intersetorialidade, parte da tentativa de minimizar a setorialização das políticas sociais, promovendo compartilhamentos de responsabilidades e de ações. Esta nova concepção tem como pretensão atender o usuário no todo, reconhecendo-o enquanto sujeito histórico, e não como vem ocorrendo, de modo fragmentado, no caso, dividido entre especialidades médicas e ações pontuais e isoladas das políticas sociais. Daí se entende também a dificuldade que o emprego da intersetorialidade encontra ao se deparar com um contexto totalmente dividido. Outrossim, que a sua proposta é redimensionar políticas, modelos de gestão e práticas profissionais.

A intersetorialidade é 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, governar e construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais [...] (REDE UNIDA, 2000, *apud* SCHUTZ, 2009, p. 21).

O uso da estratégia da intersetorialidade pelos profissionais é outra dimensão impregnada de entraves e obstáculos para sua operacionalização como também, de possibilidades de redimensionamentos de práticas conservadoras e despolitizadas. Quando se depara com este momento entende-se que há necessidade de que o profissional esteja aberto para mudanças e para o compartilhamento de poderes. Logo, de superação

de especializações isoladas do saber. Neste sentido, entende-se que a proposta é produzir um novo conhecimento na perspectiva do atendimento integral do usuário.

A INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE: entre o binômio da integralidade do atendimento e setorialização das ações

No tópico anterior apresentou-se o conceito, os âmbitos que a intersetorialidade pode ser encontrada (formulação, gestão e práticas profissionais), o percurso histórico na conformação da política de saúde, os entraves e as possibilidades da sua aplicação. Nesta seção, a proposta é discutir como a intersetorialidade se manifesta na política de saúde, logo, a importância que esta estratégia adquiriu ao longo do processo de implantação e implementação da política supracitada, bem como, o seu potencial no atendimento integral do usuário.

A intersetorialidade é presente na agenda atual da política de saúde. No entanto, a vinculação de este conceito com área da saúde remonta a própria história dos discursos em torno da promoção de saúde, pautada no marco dos determinantes sociais. É possível, desta forma, identificar que a postulação da intersetorialidade é forjada no âmbito produções que privilegiam a determinação social do processo saúde/doença (SCHUTZ, 2009, p. 36).

Ou seja, ter a intersetorialidade na política de saúde é reconhecer que a saúde não é somente a ausência de doença, ela contempla outras dimensões da vida, tais como: o bem estar físico, mental, social e político e assim, carece da intervenção de outros campos. O artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde- LOS 8080/1990, traz os diversos âmbitos.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

No entanto, o contexto que se manifesta é marcado pela setorialização de ações e práticas. Apesar do debate quanto ao emprego marcar a conformação da Seguridade Social, isto em via de fato não ocorreu. Como a intersetorialidade é um dos pilares da integralidade, essa desarticulação é um limite estrutural. As produções tem se debruçado sobre tal barreira. Aonde a integralidade também se configura como o re- ordenamento dos serviços, da forma de geri-los, e de como os profissionais se comportam diante das necessidades dos sujeitos. Ou seja, deve haver iniciativa e reciprocidade ao promover arranjos intersetoriais. E tudo muda, os projetos, a coordenação passa a ter o princípio da intersetorialidade como norte de ação.

Neste caso, outras categorias entram em questão, primeira: território. A intersectorialidade passa a ser usada como estratégia de ação, aonde se utiliza os recursos disponíveis (humanos e materiais), a família e o território, como espaços reais de manifestações das iniquidades sociais. Além disso, pretende-se minimizar as iniquidades sociais. “A ideia presente é que o território, ao reunir conglomerados humanos, reproduz a totalidade social” (SCHUTZ, 2009, p. 27). O território é local privilegiado de intervenção, ali são lavadas em consideração as singularidades da população. A outra categoria é a descentralização, aonde há o compartilhamento de poder e responsabilidades. A relação existente entre as duas categorias possibilita que a intersectorialidade atenda as necessidades da população de modo integral, entendendo as carências, ao passo que se vale das potencialidades do público alvo.

Quando se pensa em promover saúde, a intersectorialidade se faz extremamente necessária, como já elucidado anteriormente, por ser estruturante do princípio da integralidade e compreender o sujeito na sua totalidade. Porém, a política de saúde por si só não consegue atingir tal objetivo. As demandas que chegam aos serviços de saúde são cada vez mais imbricadas de elementos que carecem de intervenções de outros serviços e políticas. Logo, há promoção de arranjos cada vez mais amplos e contínuos. E cada vez mais urgente à promoção de arranjos intersectoriais no campo da saúde, ao passo que se pretenda atingir o atendimento integral dos usuários.

OS ARRANJOS INTERSETORIAIS NA UTI: entre possibilidades e entraves

Neste tópico, propõe-se a discutir sobre os arranjos intersectoriais formulados no âmbito da UTI, salientando sua imprescindibilidade para o cuidado integral, ademais para assegurar a alta segura, a partir da orientação qualificada dos usuários na rede socioassistencial.

Segundo Dantas (2012) o termo intersectorialidade se refere àquilo que é comum a dois ou mais setores e a relações construídas entre dois ou mais setores. Logo, essa estratégia implica a junção de setores da política pública com a finalidade de atender alguma demanda real. Esse conceito foi tomado posteriormente a adoção do conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, como bem estar biológico,

psicológico e social, e objetivou potencializar as ações desse setor da política pública, segundo Andrade (2005).

A intersectorialidade é trabalhada pelos diversos autores da administração pública que versam sobre políticas sociais, enquanto uma estratégia de gestão que permite a democratização das decisões acerca das ações sociais implementadas, a descentralização do poder e a participação dos diversos profissionais das diferentes áreas para colaborar na execução de políticas que abarcam a integralidade dos indivíduos.

Todavia, salienta-se neste artigo o conceito trabalhado por Pereira (2010) que concebe a intersectorialidade não apenas enquanto uma estratégia de gestão, pois não se restringe a administração ou gerência, ela envolve jogo de poderes, ademais é um processo político que envolve interesses competitivos. Nesse sentido, entende-se que a intersectorialidade, a depender do contexto político e econômico, pode atender as necessidades de atores diferentes.

Vale salientar que a intersectorialidade pode ser referenciada pelo paradigma crítico ou conservador, quando esse último é tomado percebe-se a priorização de ideias tais como a solidariedade da sociedade para execução de ações sociais, o foco no território em detrimento de políticas universais e a defesa da intersectorialidade para a racionalização dos recursos públicos.

Como ela não é concretizada enquanto articulações colaborativas entre as políticas sociais, mas sim enquanto práticas profissionais adota-se a nomenclatura de arranjos intersectoriais. Para que se possa pensar em concretizar esses arranjos na política de saúde é requisitada do assistente social a apreensão do contexto social em que está inserido e a provisão do arsenal ético-político, teórico-metodológico e prático-operativo da profissão. Como também, do conhecimento a respeito da área da saúde, a política que a normatiza, assim como seus determinantes sociais.

Analisando a atuação desses profissionais na área de saúde e suas articulações intersectoriais Costa (2010) afirma que as articulações intersectoriais fomentadas pelos assistentes sociais são em sua maioria respostas às condições agudas, emergenciais, contraditórias e conflituosas que envolvem necessidades de saúde diversas, mas estão relacionadas predominantemente ao SUS hegemonicamente, estruturado para atender condições agudas de saúde, e as demandas oriundas do contexto das doenças crônicas.

Essa atuação é exercida na maioria dos casos, quase exclusivamente por esse profissional, visto a dificuldade que os demais possuem para encaminhar os usuários a

outros serviços, advinda da falta de informação consequência da omissão da política da saúde que não assume a intersectorialidade como diretriz (COSTA, 2010). Assim, pontua Costa (2010, p. 208), [...] o Serviço Social tem respondido como atividade, demandas que deveriam ser objeto prioritário do planejamento em saúde como fruto de ações planejadas em parceria com as demais políticas que tem maior interface com a saúde.

Quando a situação de saúde requer a colaboração de outros setores, a não estruturação das demais políticas em favor de sua integralidade tem como consequência a formulação de respostas baseadas numa situação específica, com um caráter imediatista. Por isso se o modelo assistencial e gerencial de saúde estivesse estruturado com base no conceito ampliado de saúde, as demandas intersectoriais seriam tratadas pela equipe de saúde de forma simultânea, comprometendo toda a equipe e não tratadas caso a caso de forma improvisada e emergencial, (COSTA, 2010).

No entanto, as demandas intersectoriais, em sua maioria, são reduzidas a atividades realizadas pelo Serviço Social, que identifica e entra em contato com as instituições, a partir de suas relações pessoais, articulando redes institucionais e sociais, (COSTA, 2010). Ademais, elas dependem do compromisso profissional e do conhecimento e capacidade de articulação de cada assistente social, por isso não são ideais. Os profissionais, as instituições e as políticas deveriam estar disponíveis para executar ações em conjunto para alcançar resultados efetivos a partir de temáticas comuns.

No tocante a UTI a articulação de arranjos intersectoriais tende a ser secundarizado na assistência dos usuários dado a iminência da morte, todavia ele pode ser um importante mecanismo para permitir a recuperação, reabilitação e a alta segura dos usuários. Seja a partir de políticas sociais, tais como: assistência social, habitação, previdência, ou mediante articulação com os serviços de proteção dos direitos tais como o Ministério Público, os arranjos são direcionados diretamente ou indiretamente aos usuários.

Diretamente pode-se elucidar a garantia de condições dignas de moradia, ou a aquisição via justiça de algum medicamento ou tratamento. De forma indireta pode-se explicitar os arranjos traçados para os familiares ou amigos dos usuários. Ademais, o fator psicológico está diretamente ligada ao fator social e ambos ao aspecto biológico do indivíduo. Exemplifica-se, quando um familiar ou visitante usufruem de transporte ou

hospedagem para continuar a dar assistência a um usuário da UTI, está-se garantindo àquele que suas necessidades sejam atendidas em sua integralidade.

Contudo, vale salientar que predomina uma falsa expectativa de que articulações intersetoriais podem ser negligenciadas no momento da alta da UTI e relegada a clínica que dará continuidade ao cuidado. Como consequência, tem-se um expressivo quantitativo de egressos ao serviço que por não terem recebido os devidos cuidados de saúde no território retornam a unidade com a condição de saúde mais agravada, ou no caso, não ter havido a alta segura.

Muitas dessas situações poderiam ser evitadas se articulações com a rede sócioassistencial tivessem sido promovidas, ainda quando este usuário estivesse na UTI. Arelado a essa ideia está a desvalorização do papel das famílias na recuperação dos usuários da UTI, ou dos seus aspectos psicológicos e sociais, que vão de encontro a perspectiva de integralidade da atenção em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo a importância do ação do assistente social na UTI, a partir da experiência em uma residência hospitalar, pretendeu-se ao logo do artigo trazer à reflexão alguns importantes elementos dessa atuação. Ao longo do trabalho procurou-se realizar o percurso de conformação do SUS, bem como as severas investidas do neoliberalismo, no tocante as conquistas do campo da saúde legalizadas na C.F./1988. Nesse processo, frisou-se a prática do assistente nos serviços de saúde, dos obstáculos e desafios que esse profissional se depara.

Ao longo deste artigo foram feitas reflexões acerca da intersetorialidade e sua importância para um atendimento amplo e de qualidade, tendo em vista o usuário de forma integral bem como, a prática profissional do assistente social que precisa se aperfeiçoar para atender as necessidades sociais dos usuários.

Procurou-se apresentar a intersetorialidade a partir do método dialético, compreendendo que o mesmo nos possibilita entender as moléstias sociais a partir da realidade social, levando em consideração a dinâmica do movimento histórico da sociedade, sem perder de vista que essas mudanças agudizam as expressões degradantes da questão social.

Ao discorrer sobre a intersetorialidade no processo de implantação e implementação da política de saúde entende-se que a saúde não se fecha no processo saúde/doença, mas que há determinantes sociais que influenciam diretamente no aspecto saúde. Perspectiva que ganha força com o conceito ampliado de saúde e com as cartas de Promoção a Saúde que fomenta o atendimento do usuário a partir da integralidade, eixo do SUS estruturado pelos pilares da interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Notadamente, no espaço da UTI a prática interventiva do assistente social se configura na promoção de arranjos intersetoriais, intra e intersetoriais. Destaca-se as dificuldades encontradas por esse profissional, tendo em vista a fragilidade da rede socioassistencial, as precariedades das condições de trabalho e de vínculos empregatícios e do lento e denso processo de terceirização, logo, privatização da saúde.

A partir dessas condições de forma como são elaboradas as políticas sociais, desarticuladas e com enfoque pontual, o usuário tem seu acesso fragilizado quando não limitado. Para que se tenha acesso, o usuário tem de percorrer, de forma descontínua e onerosa, os mais diversos setores da rede socioassistencial, para garantir que sua demanda seja atendida.

Entendendo que o sujeito é complexo, e suas demandas são arraigadas de elementos que mais obscurecem o cerne do problema, a intervenção multiprofissional com enfoque interdisciplinar se faz necessária. Contudo, destaca-se a problemática de garantir a esse o usuário o atendimento integral, como preconizado no SUS, no espaço da UTI. E aqui se destaca alguns elementos: quadro reduzido de profissionais, condições inapropriadas de trabalho e vínculos empregatícios dentre outros problemas.

Por ser diferenciado esse espaço de atuação para o assistente social, e por muitos profissionais de saúde ainda não compreenderem as demais dimensões psicológica e social do usuário, o atendimento se finda em procedimentos meramente invasivos. Logo, a alta segura como descrita no decorrer do artigo fica sob responsabilidade de outras clínicas. E o profissional que mais se articula com a rede socioassistencial, na pretensão de garantir a alta qualificada, é o assistente social que por sua formação generalista trabalha na perspectiva de atender as necessidades dos usuários que acessam os serviços de saúde. Entretanto, devido a conformação das políticas sociais, o acesso do usuários à rede se dá apenas a partir da promoção de arranjos intersetoriais, os quais se limitam a mobilização dos profissionais.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Glauca. **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. Florianópolis, 2008. p. 68.

BRASIL. Lei 8080/1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 28 maio 2014.

CARVALHO, Rafael Nicolau. Abordagens e Paradoxos da Interdisciplinaridade: Análise sobre o Contexto da Saúde. In: CAVALCANTI, Patricia Barreto; CARVALHO, Rafael Nicolau; MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales (Org.). **Saúde em Foco**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2010. p. 127- 166.

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS 2010.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Serviço Social e intersetorialidade:** a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. 2010. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

FERREIRA, José Roberto; BUSS, Paulo Marchiori. **atenção primária e promoção da saúde**. Brasília (DF), 2001. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracoesecarta_portugues.pdf> . Acesso em: 28 maio 2013.

KRÜGER, T. R. **Serviço Social e Saúde:** espaços de atuação a partir do SUS. 2010. Disponível em: <<http://www.cress-sc.org.br>> Acesso em: 07 jun.2012.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço social em hospital- escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 1, n.1, p. 1- 11, 2002.

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

_____. Estudos Socioeconômicos In: SERVIÇO social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: Cfess/Abepss, 2009. 760 p.

PEREIRA, P. A. P. **A intersetorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética**. 2010. Disponível em: <<http://matriz.sipia.gov.br/acervo-documental/artigos/249-artigo-intersetorialidade>> Acesso em: 25 jul. 2014.

SCHÜTZ, Fernanda. **A intersetorialidade no campo da política pública:** indagações para o serviço social. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis, 2009. p. 85.