

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANE GDLA

**SISTEMATIZAÇÃO DAS DEMANDAS PROFISSIONAIS DO (A) ASSISTENTE
SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE GUARATUBA – PR**

Artigo apresentado à Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Serviço Social para a obtenção do título de Especialista em Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar.

Orientador: Antonio Sandro Schuartz

MATINHOS

2014

SISTEMATIZAÇÃO DAS DEMANDAS PROFISSIONAIS DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GUARATUBA – PR

Juliane Gdla¹
Antonio Sandro Schuartz²

Resumo

O artigo trata da sistematização de dados e produção de conhecimento sobre os processos interventivos e mediações realizadas pelo serviço social no âmbito da política de saúde município de Guaratuba-Pr . Através da tecnologia de informação e comunicação como instrumentalidade do serviço social buscamos identificar e sistematizar as demandas colocadas ao Serviço Social de forma a reconhecer o volume de atribuições pertinentes a profissão. Os dados analisados apontaram uma sobrecarga de ações que são colocadas verticalmente, impedindo uma ação mais propositiva da profissão, frente ao imediatismo de respostas. O estudo comprovou, portanto, a idéia de que demandas não resolvidas por outros profisisonais ou setores acabam pousando no setor de serviço social, sobrecarregando o (a) profisisonal, impedido-o (a) de desenvolver ações no que tange a garantia aos (as) usuários da saúde enquanto um direito, ou seja, intervenções que favoreçam a participação na gestão da política, avaliação da qualidade dos serviços e que atendam aos principios do Sistema Único de Saúde – SUS.

Palavras- chaves: Serviço Social – Saúde – Gestão da Informação e Conhecimento

Abstract

The article deals with the systematization of data and production of knowledge about the interventional processes and mediations carried out by social services in health policy municipality of Guaratuba -Pr. Through information and communication technology as instrumentality of social work we seek to identify and systematize the demands placed on social work in order to recognize the volume of relevant assignments profession. The analyzed data showed an overload of actions that are placed vertically , preventing a more purposeful action of the profession, against the immediacy of answers . The study showed , so the idea that unresolved demands by other sectors Occupational or end up landing in the social service sector , overloading the (a) profisisonal prevented it (a) to develop actions in relation to the guarantee (the) users of health as a right , that is, interventions that encourage participation in the management of policy , assessing the quality of services and meet the principles of the Unified Health System - SUS .

Key words: Social Work - Health - Information Management and Knowledge

¹ Juliane Gdla, Assistente Social junto à Secretaria Municipal DE Guaratuba – PR. CRESS 4089 -11^a região.

² Antonio Sandro Schuartz. Doutorando em Serviço Social. Docente no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná.

INTRODUÇÃO

O presente artigo é fruto de reflexões sobre os desafios que a atualidade apresenta para os (as) profissionais de Serviço Social no âmbito da saúde e sobre a importância das tecnologias de informação no cotidiano profissional como instrumento de otimização e organização dos processos de trabalho. Propomos, a partir da realização de pesquisa quali quantitativa de caráter exploratório, utilizando os dados obtidos através do registro dos atendimentos realizados pela assistente social na Secretaria Municipal de Saúde do município de Guaratuba, discussões que emergem a respeito das demandas atendidas ao Serviço Social, buscando precisar quais seriam pertinentes as atribuições da profissão de serviço social e quais seriam demandas de ordem multidisciplinar e coletiva.

A trajetória histórica do Serviço Social no âmbito da saúde norteou nossa análise no decorrer da pesquisa buscando apreender como se deu a inserção da profissão neste espaço sociocupacional e como o Serviço Social vem se desenvolvendo e aperfeiçoando seus serviços ao longo da reforma sanitária e da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho do (a) assistente social requer ações políticas, para isto deve conhecer hábitos e a cotidianidade da coletividade a fim de contribuir para a efetivação das propostas do SUS, sobretudo, no que tange a prática educativa voltada para uma concepção ampliada de saúde e o acesso a programas e serviços. Neste sentido, o estudo de caráter exploratório buscou analisar as principais contribuições identificadas na literatura pertinente no campo da saúde pública e sua relação com o Serviço Social.

No caminho metodológico percorrido os dados levantados, sistematizados e analisados confirmaram a hipótese inicial de que os atendimentos realizados apresentaram um percentual bastante significativo de demandas imputadas ao setor que não constituíam atribuições específicas do Serviço Social. Foi possível identificar que grande parte das demandas que chegaram ao setor, se tratava na verdade, de pedidos de informações e orientações referentes a prestação de serviços pertinentes a outros setores.

O Serviço Social atual demonstra claramente sua intencionalidade de buscar respostas às demandas dos (as) usuários (as), bem como, das instituições públicas e privadas, se utilizando das novas tendências, buscando assim firmar a inserção

dos (as) assistentes sociais nestes espaços e propiciando a nitidez e a importância do seu papel nos mesmos. Neste sentido, a Tecnologia da Informação e comunicação TIC somada ao domínio dos recursos informacionais e tecnológicos no âmbito do Serviço Social, possibilitam para além do imediato, apreendendo a particularidade e sua relação com a totalidade nas dimensões ético-político e teórico- metodológico.

Considerando tal entendimento, este trabalho buscou realizar uma primeira aproximação com os recursos informáticos, utilizando ferramentas como o Banco de Dados elaborados no Excell que serviu de base para sistematização e produção de gráficos a partir dos dados coletados neste estudo. A apresentação dos resultados está dividida nas seções que seguem, sendo elas: Um breve olhar sobre a política de saúde no Brasil; O Serviço Social no âmbito da Saúde; Gestão da Informação; Caminho Metodológico; Resultados e por fim, nossas Considerações Finais.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo Bravo(2001), no século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, as transformações econômicas e políticas, reverberam iniciativas no campo da saúde pública, tais como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas. Já no final do século, a questão da saúde aparece como reivindicação na efervescência dos movimentos operários. Com o nascimento da Medicina Social na Europa e a industrialização de países como a Inglaterra, França e Alemanha; a assistência à saúde dos trabalhadores foi sendo assumida pelo Estado. A conquista de alguns direitos sociais pela classe trabalhadora se dá nesse contexto, onde a interferência estatal objetiva a manutenção da ordem social capitalista e a mediação entre as classes sociais.

No Brasil a intervenção estatal só acontece no século XX, mais precisamente na década de 30, assim como na Europa, em decorrência do processo de industrialização o papel do Estado é redefinido, de caráter contencionista e em resposta às reivindicações da classe trabalhadora surgem políticas públicas para atender às expressões da questão social que precisavam ser enfrentadas de forma mais concreta e sistematizada. Procura-se nesse período, segundo a legislação, estabelecer a diferença entre previdência e assistência social, que antes não havia.

Surge assim, neste contexto, uma política de saúde de caráter nacional, dividida em dois subsetores: o de Saúde Pública, predominante até meados de 60 com foco na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, e de forma restrita, para as do campo; e o setor de Medicina Previdenciária, efetivamente de saúde pública, a partir de 1966.

No período de 1945 a 1964, mesmo considerando certa melhoria das condições sanitárias, não se conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, bem como, os altos índices de mortalidade infantil, morbidade e mortalidade geral. A partir dos anos 50 já se monta a estrutura de atendimento hospitalar privada, com fins lucrativos, surgindo assim os primeiros modelos de empresas médicas, defendendo claramente a privatização da saúde. Apesar das pressões por parte dos interesses capitalistas, a assistência médica previdenciária era fornecida até 1964, basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. No período de 1964 a 1974, durante o regime militar o Estado se utiliza de uma intervenção de caráter contraditório, pautada em ações de repressão e assistência, objetivando maior controle sobre a população, amenizar tensões sociais, e conseqüentemente, obter maior aceitação e legitimidade do regime vigente. Este processo sucede a ampliação, modernização e burocratização da Política Assistencial.

Da mesma forma, entre os anos de 1974 e 1979, busca-se obter maior eficiência no enfrentamento da questão social e melhor conduzir as respostas frente às reivindicações e pressões da sociedade. A tensão entre a ampliação dos serviços e a disponibilidade de recursos financeiros e interesses dos setores, estatal e empresarial médico, dividiam espaço com a emergência da reforma sanitária. São retomadas pelo Ministério da Saúde as medidas de saúde pública, ainda que de forma limitada, ampliando as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Na década de 80, o Brasil passa por um processo de democratização, superando o regime ditatorial instituído em 1964, mas ao mesmo tempo, vivencia uma longa e significativa crise econômica que se estende até os dias de hoje. Esta transição democrática causou certa decepção, visto que tendia a favorecer a formação de uma maioria conservadora que pretendia anular a vantagem progressista que nasceu da pressão popular.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília – DF significou outro momento importante e fundamental na discussão da

questão da Saúde no Brasil, visto que introduziu a sociedade neste cenário, tendo como temas centrais, a saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. A participação de entidades representativas da população, tais como moradores, sindicatos, associações de profissionais e partidos políticos; faz com que os debates que até então aconteciam em fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública), assumissem outra dimensão ultrapassando a análise setorial, passando a se referir à sociedade como um todo, propondo-se a Reforma Sanitária e não mais somente um Sistema Único.

No aspecto sócio jurídico, a promulgação da Constituição Federal de 1988 vislumbra a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no Brasil, mediante a crise e às demandas de enfrentamento da desigualdade social; buscando se redimir das injustiças sociais acumuladas secularmente no decorrer da História do país. Assim, após vários acordos políticos e forte pressão popular, o texto constitucional atende grande parte das reivindicações do movimento sanitário, mas se confronta com os interesses empresariais do setor hospitalar e não muda a situação da indústria farmacêutica.

A Carta de 1988 caracteriza-se como um marco na história da sociedade brasileira, no que tange a definição de garantias individuais e coletivas e constitui um sistema de Seguridade Social abrangente, assegurando direitos universais de acesso à saúde, previdência e assistência social. A partir dela, a saúde se afirma como um direito de todos e dever do Estado, instituindo-se o Sistema Único de Saúde (SUS), através do qual, as ações e serviços públicos passam a compor uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada com diretrizes de descentralização, integralidade e participação.

A “Constituição Cidadã” foi assim denominada, por sua consistência liberadora da Carta de Direitos e pela dimensão reformista das políticas públicas de caráter social e econômico, e assim dar uma resposta às reivindicações dos movimentos sociais e às próprias demandas da questão social. Neste período a Política de saúde assumida numa dimensão política e conta com a participação de novos sujeitos sociais nas discussões sobre as condições de vida da população. A área da saúde ganha destaque e chama a atenção dos partidos de oposição a fim de colocar nos seus programas a temática e viabilizar debates no Congresso para

discussão do setor e da política, articulados aos movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos com apoio de demais entidades da sociedade civil.

A análise da política de saúde na década de 1980, portanto, tem como principais características a politização da questão da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança da estrutura e das práticas institucionais. Essa mudança na estrutura e das práticas institucionais visando a universalização do atendimento e o fortalecimento do setor público, reduzindo assim o papel do setor privado na prestação de serviços na área da saúde; findaram em 1987 na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o que se torna em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS).

Infelizmente, devido à necessidade de uma operacionalização eficiente, a melhoria das condições de saúde da população foi incipiente e de impacto pouco significativo. Assim a implementação do Projeto de Reforma Sanitária gera incertezas devido à nítida fragilidade das medidas reformadoras em questão e a ineficácia do setor público. As tensões com os profissionais de saúde e a diminuição do apoio popular diante da ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira despolitizam o processo; lançando o tema saúde, como principal desafio para os setores progressistas para ser viabilizado na década de 1990.

Nos anos 90 acontece um redirecionamento do papel do Estado, sob a influência da Política de Ajuste Neoliberal, deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social e assumindo outro papel, agora de promotor e regulador, transferindo para o setor privado suas atividades e competências. Assim a hegemonia neoliberal no país, tem sido a principal responsável pela redução de direitos sociais e trabalhistas e problemas factuais como o desemprego estrutural; a precarização do trabalho e o sucateamento da saúde pública e da educação.

O avanço do SUS como política pública está atrelado a alguns impasses, sobretudo, quanto ao desrespeito aos princípios da equidade, no que tange a destinação de verbas públicas pela não unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal; e da integralidade embora as questões de prevenção e atenção curativa sejam indissolúveis, se dá, equivocadamente, prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde.

Ademais, o Projeto de Saúde Brasileira pautado na Política de Ajuste, esteja ele articulado ao mercado e/ou seguindo os moldes da reatualização do modelo

médico assistencial privatista, tem como principais tendências, a contenção de gastos e racionalização da oferta, além da descentralização e isenção de responsabilidade. Neste contexto, o papel do Estado se restringe a atenção básica voltada à satisfação de necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade; ficando assim, para o setor privado o atendimento àqueles que têm acesso ao mercado.

Isto posto, evidenciam-se as propostas de ampliação da privatização, de estímulo ao seguro privado e da descentralização dos serviços ao nível local. Afirma-se, portanto como um projeto de concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, divergentes às demandas pautadas na coletividade e princípios de universalidade preconizados pelo SUS.

2 O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE

Nos anos 70 o Serviço Social na busca de se reafirmar como área de conhecimento abre os primeiros cursos de Pós-graduação Stritu-Sensu no âmbito acadêmico seguidos pelos mestrados e posteriormente nos anos 80, os doutorados e especializações. Consolida-se neste período a produção de conhecimentos a partir da área do Serviço Social, permitindo aos profissionais operar o acúmulo teórico e incorporar as matrizes teóricas e metodológicas pertinentes à ruptura com o conservadorismo profissional. Neste contexto, acontece a reforma curricular e a adequação da formação profissional às novas demandas que emergem a partir do enfrentamento da questão social, agravada pela ditadura, vislumbrando um novo perfil profissional mais competente e eficiente.

As modalidades prático-interventivas tradicionais são ressignificadas neste processo, surgindo novas áreas e campos de intervenção, ampliando as possibilidades da prática profissional legitimadas pela produção de conhecimentos, bem como, pelo reconhecimento e requalificação da prática profissional. Ademais, deve-se considerar a conquista de direitos sociais e cívicos condizentes ao período de restauração da democracia no país.

A partir do exposto, para falarmos do Serviço Social na área da Saúde, entendemos ser importante considerar as dimensões acadêmica, política e o trabalho profissional nas instituições, no entanto, nos dedicaremos mais

especificamente à participação e inserção dos (as) assistentes sociais nos processos de trabalho desenvolvidos no Sistema Único de Saúde.

Segundo Costa, ao refletir sobre o tema observou através de seu estudo que:

[...] paradoxalmente, enquanto ampliava-se o discurso sobre as fragilidades ou indefinições da prática profissional, também verificava-se um aumento significativo de contratações de assistentes sociais nos serviços públicos de saúde. Enquanto o discurso dos profissionais atribuía ao voluntarismo e ao empirismo da ação profissional a responsabilidade por uma possível desqualificação técnica do Serviço Social, o cotidiano institucional deixava patente a existência de um conjunto de demandas que revelavam a utilidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde. (COSTA, 2000).

Ainda segundo a autora, o Serviço Social é considerado a quarta maior categoria no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e seus profissionais reafirmam o discurso da desqualificação técnica e da imprecisão da profissão nesta área.

Atualmente o desafio da profissão na saúde, é a superação de antigos modelos assistenciais, do Serviço Social Clínico e das ações sanitária e policiaesca. Reconhecido isto, vislumbra-se a construção de novos modelos dos serviços de saúde pautados no acesso universal, equânime e integral, além da ampliação do atendimento no SUS, na prevenção e combate às endemias e maior/melhor acesso aos medicamentos.

Importante ainda, frisar que as novas diretrizes de diversas profissões, no que tange a formação de trabalhadores de saúde para o SUS, ressaltam a importância de uma visão generalista e não fragmentada, por conseguinte, no exercício profissional do (a) assistente social. Para atender as demandas apresentadas pelos usuários se faz necessário que o (a) profissional tenha como eixo central a incorporação dos conhecimentos alinhados as novas requisições da profissão no âmbito da saúde, articulados aos princípios dos projetos, ético-político do Serviço Social e da reforma sanitária. Neste sentido o código de ética do Serviço Social apresenta ferramentas que alicerçam o trabalho dos (as) assistentes sociais na saúde, preconizando a defesa intransigente dos direitos humanos; do posicionamento a favor da equidade e justiça social, buscando assegurar a universalidade de acesso aos programas e políticas sociais; além do compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, dentre os demais princípios fundamentais nele contidos.

Para Nogueira e Miotto (2004), a inserção do Serviço Social no campo da saúde articulando a ação profissional às diretrizes do SUS, sinalizaria para a necessidade de um estatuto diferenciado da profissão nessa área, considerando a concepção ampliada de saúde e uma nova visão sobre o processo saúde-doença, avançando para além de planejamentos de prevenção e cura, adotando práticas mais abrangentes de promoção da saúde ampliando o conceito e incorporando a dimensão social e, conseqüentemente, a exigência da proteção social em saúde.

O movimento de reorganização e atualização das práticas em saúde, através de polos realizam programas de capacitação em vários níveis e para distintas categorias profissionais, estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). Tal movimento, vinculado à Política Nacional de Educação Permanente do MS

Tem buscado qualificar recursos humanos para atuação nos moldes preconizados pelos princípios e diretrizes do SUS. Por essa razão amplia-se a preocupação com a especificidade do Serviço Social à medida que se observam outras profissões alargando suas ações em direção ao social. Fica evidente a força que a temática do social, e do trabalho com o social, vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões (MIOTTO, 2004, p. 219).

No campo da saúde cabe ao Serviço Social compreender e buscar respostas às diversas expressões da questão social, para além do sofrimento psíquico e físico, democratizando informações aos usuários e participando do planejamento e gestão dos serviços, superando ações individualizadas, burocráticas e tecnicistas. É fundamental compreender a prática do Serviço Social na saúde tendo como parâmetros a seguridade social ampliada, planejando ações, criando e dinamizando espaços coletivos que contribuam para uma correlação de forças favorável à ampliação e universalização dos direitos sociais.

Não raramente a prática dos (as) assistente social está resignada as condicionalidades político-institucionais que limitam sua ação profissional. No enfrentamento de possíveis dificuldades como esta, o (a) profissional de Serviço Social deve estar munido (a) de um arcabouço de informações e saberes, que lhe serão indispensáveis para uma análise crítica da realidade, sendo assim possível diagnosticar e priorizar demandas, estabelecer estratégias e colocar em prática planos de ação articulados, sempre que necessário, a um trabalho multidisciplinar e coeso.

Concordamos com a autora quando afirma:

Os demais profissionais da área da saúde encaminham para o Serviço Social aquilo que não conseguem resolver ou que não tem tempo para fazê-lo. O profissional de Serviço Social trabalha com questões que não são reconhecidas como de importância para sociedade, por não se revestirem de caráter de relevância na ordem sócio-econômica. (WITIUK, 2003, p.23).

Da mesma forma, a autora se apoia em Munhoz, quando se refere à ausência de criticidade:

[...] conduz o Serviço Social a vulgarização pela aceitação passiva de tarefas hetero-atribuídas por outros profissionais – e não profissionais –, dificultando o encontro com o que possa conduzir-se à substância da profissão. E além de suas tarefas serem muitas vezes definidas por outros ou por outras instâncias, elas tem, via de regra, caráter de urgência na operacionalização e de providencialismo conferindo, com isso, ao assistente social a característica de que deve estar em contínua prontidão para agir. (MUNHOZ, 1996 apud WITIUK, 2003, p.23).

Constitui-se assim, um problema que a categoria profissional enfrenta e reproduz desarticuladamente evidenciando a necessidade de uma reflexão sobre o papel da profissão nos espaços sociocupacionais, revertendo às expectativas a um trabalho de qualidade que busque superar a passividade, a subalternidade e o imediatismo.

3 GESTÃO DA INFORMAÇÃO

A informação sempre teve um papel significativo na sociedade, porém com o desenvolvimento de novas tecnologias, passou a reproduzir novas características à informação, se colocando em um nível de importância que nunca foi alcançado anteriormente, apresentando-se como recurso fundamental e de imenso valor.

Durante nossa atuação profissional, enquanto assistente social na secretaria municipal de saúde percebemos a necessidade de discutir a finalidade da TICs enquanto recurso empregado no tratamento da informação no contexto do Serviço Social, considerando que esta prática vem sendo pouco utilizada por profissionais da categoria.

Através das nossas observações, verificamos que a organização, sistematização e registros das informações coletadas durante os nossos

atendimentos, poderiam potencializar nossa atuação enquanto profissional de serviço social, favorecendo a identificação de novas demandas que são apresentadas pelos usuários, ressaltando a importância da Tecnologia da Informação, quando agregada ao processo de trabalho do assistente social.

As informações e seus sistemas exercem funções essenciais e estratégicas nas organizações, devendo ser discutidas e utilizadas nos projetos de planejamentos, visto que delas dependem os processos de decisão. A gestão da informação é compreendida como a gestão eficaz dos recursos gerados internamente e/ou externamente, de informações relevantes para a organização, recorrendo sempre que necessário à TICs.

A dialética sobre as TICs nos processos de trabalho do Serviço Social não pode ser entendida como algo isolado do conjunto das condições históricas e sociais. Nesse sentido, afirma-se a necessidade de focar estas tecnologias como parte das forças produtivas sociais. As mudanças no mercado de trabalho em consequência das tecnologias de informação decompõem e reconfiguram o processo de reprodução das forças de trabalho.

Com relação ao Serviço Social, as TICs apresentam-se como instrumentos que surgem para auxiliar os processos de trabalho do (a) Assistente Social, bem como na produção do conhecimento sobre o fazer profissional.

Em outras dimensões, ela facilita a captação e organização das informações sobre a realidade social e, em particular, contribui para a descrição de dados relativos às expressões da “questão social”; potência a capacidade de gerir, controlar e distribuir informações, apoiando a tomada de decisões, a condução, a condução de processos de gestão e assim como a sistematização dos trabalhos e pesquisas realizados. (IMAMAMOTO, 2011 apud VELOSO, 2000, p. 14)

Ademais, apresentam-se como recursos tecnológicos para guardar, gerar e utilizar dados, conhecimentos e informações. Fundamenta-se, segundo a definição de CASTELLS (2000), “pelo uso de conhecimentos científicos para especificar as vias de fazerem as coisas de maneira reproduzível” entre essas tecnologias estão a microeletrônica, computação (hardware e software), sistemas de telecomunicações e radiodifusão; sendo necessário ainda para interação, um componente fundamental chamado *peopleware*, ou recurso humano, sem o qual a TI não teria funcionalidade e utilidade.

A absorção destas tecnologias varia nas diferentes profissões, bem como, de profissional para profissional; assim como acontece no serviço social no qual o processo de trabalho é determinado ainda por práticas tradicionalistas e conservadoras, com viés de controle ideológico e político transmitindo aos usuários idéias e informações. Assim sendo, os processos de trabalhos dos (as) assistentes sociais se deparam com necessidades da gestão das políticas sociais que emergiram a partir de ajustes neoliberais, sendo necessário para tanto adotar parâmetros administrativos semelhantes aos das empresas capitalistas. Diante de tais afirmações, IAMAMOTO (2001) atenta para:

Possibilidades novas de trabalho se apresentam e necessitam ser apropriadas, decifradas e desenvolvidas; se os assistentes sociais não o fizerem, outros farão, absorvendo progressivamente espaços ocupacionais até então a eles reservados. Aqueles que ficarem prisioneiros de uma visão burocrática e rotineira do papel do assistente social e de seu trabalho entenderão como, “desprofissionalização” ou “desvio de funções” as alterações que vêm se processando. (IAMAMOTO, 2002, p.48)

Na sociedade capitalista, a TI se apresenta como um objeto de disputas, não deixando de atender a interesses diversos. Se seu uso está predominantemente voltado para o acúmulo do capital, ela pode também ser colocada na defesa de direitos sociais. Quando falamos em defesa dos direitos sociais dos cidadãos, também defendemos a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais.

As inovações tecnológicas caracterizam-se como espaço de disputa social, e possuem conexões com as finalidades e projetos dos segmentos hegemônicos que as elaboram e constroem. Tendo por base a análise concreta das relações e processos sociais, entende-se a tecnologia como expressão do desenvolvimento das forças produtivas, marcada pelo caráter contraditório constituinte do padrão específico de relações sociais capitalistas. Se ela vem sendo usada pelo capital para potencializar a produtividade e o lucro, isso não significa que não possam ser engendradas possibilidades históricas de apropriação deste recurso numa perspectiva alternativa, voltada, por exemplo, à defesa dos direitos sociais e ao fortalecimento de projetos sintonizados com a superação dos valores capitalistas. (VELOSO, 2011 p. 18)

Neste contexto, fica evidente a necessidade de se repensar as grades curriculares dos cursos de Serviço Social e considerar abordagens e aplicações das TI's, mais amplas em situações de aprendizagem a partir de bancos de dados nas diversas áreas, tais como, administrativa, comunicações, planejamento social, pesquisa e gerenciamento.

Segundo Veloso (2011) o processo de introdução da TI no Serviço Social deve ser conduzido por agentes que coadunem com os princípios defendidos pela categoria, afirmando a possibilidade de consequências desastrosas, caso a direção a se seguir seja definida por projetos de outras áreas que busquem incorporar de maneira forçada e prejudicial, outros valores e princípios profissionais adversos aos do Serviço Social.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

O Serviço Social iniciou suas atividades na Secretaria Municipal de Saúde de Guaratuba no ano de 1997, mas somente em 2010 foi incluído efetivamente um (a) profissional no seu quadro funcional. Considerando a falta de registro de dados e informações relativas ao setor nos anos antecedentes ao início do nosso trabalho, assim que assumimos em maio de 2013 sentimos a necessidade de iniciar a sistematização das demandas que nos eram encaminhadas.

Durante os quatro meses iniciais não eram registradas as demandas de orientações, informações e encaminhamentos que chegavam até o setor, mas percebendo a quantidade significativa dessas demandas, sentimos a necessidade de realizar também esses registros. Em agosto de 2013 com a contratação de um estagiário de Serviço Social, foi possível iniciarmos a organização do setor, e, por conseguinte, o registro das atividades realizadas a partir de então. Foi possível a partir da análise desses registros constatar que as mediações realizadas pelo Serviço Social eram, na sua maioria, voltadas para demandas não pertinentes ao setor sobrecarregando os (as) profissionais com atendimentos provenientes de outras áreas em razão da visível falta de compreensão da função do (a) assistente social.

Na intencionalidade de propor uma análise e reflexão sobre o processo de trabalho dos (as) Assistentes Sociais na Secretaria de Saúde do município de Guaratuba/PR e das demandas que são direcionadas a esses (as) profissionais, muitas vezes não condizentes às atribuições e competências da profissão; realizamos uma pesquisa documental, tendo os dados coletados através de relatórios, fichas de atendimentos diários, ofícios, dentre outros documentos elaborados e/ou recebidos pelo setor de Serviço Social, desta Secretaria. A sistematização destas informações foi possível através da computação dos dados

obtidos dos 1.408 atendimentos realizados durante o período que consistiu entre maio de 2013 a abril de 2014, dados estes que, foram organizados em uma tabela do Excell e posteriormente serviram de base para a formulação do quadro e do gráfico que são apresentados nos resultados da pesquisa.

O processo de registro dos dados consistiu, inicialmente, em compilar somente as avaliações sociais referentes aos requerimentos dos usuários da saúde através de processos via protocolo com solicitações de insumos hospitalares, medicamentos não padronizados, leites e suplementos alimentares, exames não cobertos pelo SUS, fraldas geriátricas e aparelhos de glicemia. Entendemos ser importante neste momento, nos dedicarmos a esclarecer que o estudo socioeconômico deve ser realizado a partir de uma perspectiva que proporcione a possibilidade do (a) assistente social conhecer a realidade dos usuários e através dessa compreensão, determinar a intervenção sob a ótica da justiça social e da equidade de forma a garantir a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos às políticas sociais e programas; mas nunca como forma de exclusão. Segundo os parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde dispõem:

A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços. Ou seja, não deve a avaliação socioeconômica funcionar como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural. (CFESS, 2009, p.22).

Posteriormente, com o aumento das procuras espontâneas, bem como, as advindas de encaminhamentos internos e externos, percebemos a importância de registrar todos os atendimentos e desta forma ser possível, através da tabulação e análise dos dados, apontar qual a proporção dos atendimentos se referia às atribuições da profissão e quais deles eram encaminhamentos equivocados de competência de outros profissionais e setores.

Segundo MOSCON e KRÜGER a respeito das demandas por acesso que chegam ao Serviço Social na Atenção Básica em Saúde:

[...] não chegam ao Serviço Social isoladas, mas acompanhadas de outras necessidades sociais. As necessidades trazidas pela população na atenção básica são necessidades de saúde na sua concepção ampliada, envolvendo a educação (procura de vaga em creche), Assistência Social (Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, alimentação, vale-transporte), trabalho (desemprego), habitação (falta de moradia) e direitos previdenciários (grande maioria no mercado informal). (MOSCOU e KRÜGER, 2010, p.94).

A atenção à saúde em sua concepção ampliada demanda ações profissionais instrumentalizadas dos (as) assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais, abrangendo as dimensões subjetivas e objetivas dos sujeitos, exigindo uma construção interdisciplinar coletiva para seu enfrentamento. Sendo assim, não são possíveis soluções imediatas às questões, pois dependem de mudanças de estrutura do funcionamento dos serviços e de articulações intersetoriais.

Apresentamos a seguir os resultados e percepções da pesquisa seguidos das considerações.

5 RESULTADOS

Foi possível constatar através dos registros dos atendimentos que grande parte das ações solicitadas cotidianamente para o setor de Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde, se tratava de agendamentos de exames e consultas; solicitações de transporte para tratamento fora do domicílio (TFD) e/ou para remoção e alta; busca de vagas em outras unidades de saúde de média e alta complexidade para transferência; comunicação de óbito aos responsáveis e familiares; declarações de acompanhamento e atendimentos na unidade, bem como, de outros setores da saúde que não a assistência social; solicitações de medicamentos de alto custo; requerimento e fornecimento de órteses e próteses.

Ademais, foi possível atentar para uma tendência de se encaminhar casos e responsabilidades que deveriam ser de ordem coletiva ao (a) assistente social. Como exemplo, tem-se a organização do fluxo de atendimentos as vítimas de violência, representatividade do setor em reuniões com a rede socioassistencial, além das oportunidades de capacitações (nem sempre privativas do Serviço Social) que corroboram a um atendimento especializado e de qualidade da equipe multidisciplinar.

A soma das necessidades em saúde e das necessidades sociais demonstra a carência de proteção social vivenciada por parte da população. Um número significativo de usuários não tem acesso a esses serviços sociais, seja por desconhecimento da existência dos serviços e do direito de acesso ou pela própria inexistência do mesmo na prática, ainda que previsto nas legislações. A dificuldade de acesso também se revela por diversos fatores como analfabetismo, carência

sócio-econômica ou falta de rede de apoio. Iamamoto (2002) discorre sobre a diluição das particularidades profissionais:

[...] a equipe condensa uma unidade de diversidades. Neste contexto, o Assistente Social, mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações [...] Cada um dos especialistas, em decorrência de sua formação e das situações com que se defronta na sua história social e profissional, desenvolve sensibilidade e capacitação teórico-metodológica para identificar nexos e relações presentes nas expressões da questão social com as quais trabalham e distintas competências e habilidades para desempenhar as ações propostas (IAMAMOTO, 2002, p. 41)

Apresentamos a seguir a tabela que apresenta os dados compilados durante o processo de estudo e que serviram de base para posterior realização de um gráfico.

TABELA 1: DEMANDAS ENCAMINHADAS AO SERVIÇO SOCIAL NE SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GUARATUBA.³

DEMANDA:	mai/ 13	jun/ 13	jul/1 3	ago/ 13	set/ 13	out/ 13	nov/ 13	dez/ 13	jan/ 14	fev/ 14	mar/ 14	abr/ 14	Total
Acompanhamento de Protocolo	7	9	15	24	12	10	60	9	28	38	46	57	315
Acompanhamentos Sociais com Óbito					1	2	1	2					6
Atendimentos Psicossociais											8	8	16
Atendimentos realizados em conjunto com a Vigilância Sanitária	2	2	2	2	2	2	2	2				7	23
Atendimentos realizados no Hospital Municipal de Guaratuba	1	2	3	1	15	20	18	17	7	5	10	15	114
Avaliações Sociais	15	23	12	27	11	8	10	5	11	8	10	25	165
Demandas Ministério Público/Judiciais	2	2	3	2					3	2	3	4	21
Internamentos	x	2	3	2	x	1	1	1	1	2	5	1	19
Orientações Informações e encaminhamentos diversos	1	1	1	1	37	39	53	36	69	75	93	99	501
Solicitação de Laqueadura	4	5	3	4	4	3	4	1	4	2	1	T.F. D ²	35

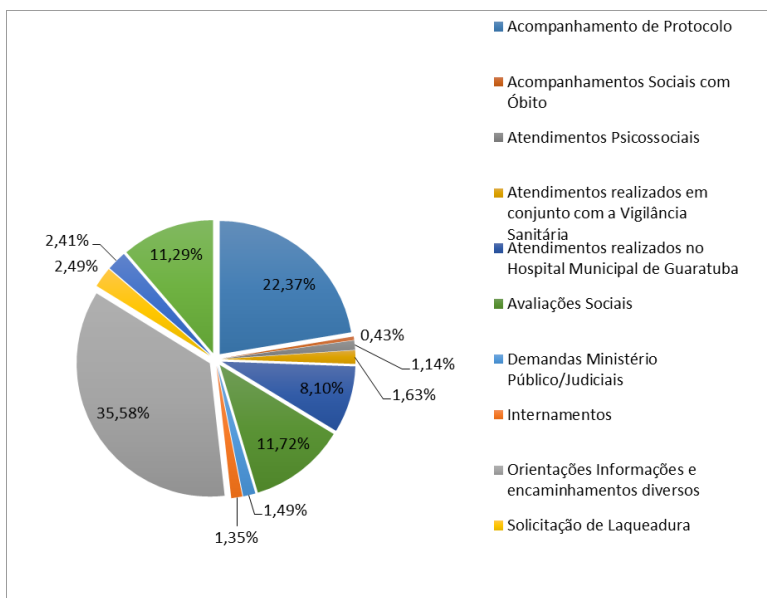
DEMANDA:	mai/ 13	jun/ 13	jul/1 3	ago/ 13	set/ 13	out/ 13	nov/ 13	dez/ 13	jan/ 14	fev/ 14	mar/ 14	abr/ 14	Total
Solicitação de Órtese/Prótese					7	3	4	3	5	5	3	4	34
Visitas Domiciliares	5	8	6	10	11	14	25	9	16	20	18	17	159
													1408

Fonte: A AUTORA (2014)

³ Nos meses de maio, junho, julho e agosto, as demandas de orientações/informações e encaminhamentos ainda não era registradas pelo setor.

As demandas de laqueadura foram encaminhadas para o setor de Tratamento Fora do Domicílio (T.F.D)
Dados extraídos da estatística anual do setor

FIGURA 1: GRÁFICO ANUAL ESTATÍSTICO DO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUARATUBA



FONTE: A AUTORA(2014)

A análise dos dados demonstrou que um número significativo de atendimentos e solicitações que chegaram ao setor durante este período poderiam ter sido realizados e respondidos por outros profissionais da equipe técnica ou administrativa. Neste contexto pode-se considerar as solicitações de órteses, internamentos, reclamações a respeito de atendimentos em outros setores e pedidos de agilização de processos, bem como, de informações diversas não pertinentes ao Serviço Social.

A respeito do número expressivo de acompanhamentos de protocolos, entendemos que o estudo social é uma atribuição exclusiva do (a) assistente social, porém as possíveis demandas que surgem, posteriores a este processo, tais como, solicitações de documentos faltantes, agendamentos para avaliação nutricional (no caso de solicitação de leite) ou de especialistas para preenchimento de formulários, informações sobre prazos de liberações e compras de medicamentos não padronizados, dentre outros; poderiam ser realizados por demais profissionais que não exclusivamente o (a) assistente social.

Chegam ao Serviço Social ainda, demandas advindas do Ministério Público e do Poder Judiciário, em sua maioria concernentes a pedidos de informações sobre reclamações de usuários descontentes com os atendimentos recebidos nos diversos setores (pronto atendimento, unidades de saúde, TFD e transporte), assim como,

pela falta de atendimentos dos profissionais no âmbito da saúde. Neste sentido, a partir da análise dos dados obtidos através da pesquisa, evidencia-se a importância das tecnologias de informação em todos os âmbitos, sendo hoje uma condição essencial para a organização e a gestão do trabalho na Saúde e nas políticas sociais. No setor público, assim como no setor privado, as mudanças tecnológicas também estão sendo profundas em todos os níveis e sintetizam a transformação do mecanismo de recursos e sistemas amplamente incorporados nos processos produtivos objetivando uma otimização e conseqüentemente, o aumento da produtividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção do presente trabalho foi o de identificar e sistematizar quais as demandas colocadas ao serviço social no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Guaratuba. Buscou-se assim averiguar o volume de demandas colocadas, bem como constatar quais são da alçada do setor, ou seja, correspondem as atribuições privativas e pertinentes ao Serviço Social.

O resultado da pesquisa confirmou as percepções acerca da subordinação dos (as) assistentes sociais às demandas encaminhadas ao Serviço Social, como forma de suprir um quadro de funcionários insuficiente, além de ações que poderiam ser realizadas por diversos sujeitos da equipe técnica e/ou administrativa, em virtude da falta de informação ou da própria falta compreensão do papel do (a) assistente social na Saúde.

Ademais, foi possível constatar a importância da capacitação continuada e atualização dos (as) profissionais de Serviço Social no que tange as tecnologias de informação, a fim de obter suporte nos processos organizacionais e consistir em um importante recurso que contribui para uma mudança qualitativa no exercício da profissão, expressando assim, seu potencial estratégico. Neste sentido, considerando o processo de modernização dos processos de trabalho dos (as) assistentes sociais, há que se pensar na necessidade de inserção do tema em consonância com as disciplinas que compõem as grades curriculares dos cursos de graduação de Serviço Social, visto que a tecnologia precisa ser utilizada como

instrumento essencial de democratização e como forma de socialização das informações e resoluções.

A partir dos dados obtidos com a realização da pesquisa, observou-se que com a intenção de dar respostas às demandas encaminhadas ao Serviço Social sem criticidade, bem como, em respeito ao usuário viabilizando o acesso a programas e serviços os quais sem a sua intervenção ética e profissional, podem se caracterizar como alientantes, burocráticos, excludentes, despolitizantes e discriminatórios; os (as) assistentes sociais realizam atividades em excesso mantendo uma rotina sobrecarregada de trabalho. Portanto, é imprescindível que o profissional esteja inteirado sobre as suas reais atribuições e competências no âmbito da Saúde e demais espaços sociocupacionais, a fim de assumir somente às responsabilidades que lhe cabem de fato, não se rendendo a lógica do mercado e prática tarefaira, delegando demais ações aos (as) profissionais pertinentes.

O cotidiano do trabalho coletivo realizado no âmbito da saúde com equipe técnica multidisciplinar exige que o (a) assistente social tenha clareza das competências e atribuições da profissão para desempenhar suas ações em conformidade com os princípios ético-políticos, explicitados nos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996). Assim sendo, compreende-se que o trabalho coletivo não deve diluir as competências e atribuições de cada profissional, ao contrário, exige um maior entendimento no trato das mesmas a fim de não assumir e realizar tarefas que não sejam concernentes a cada profissão.

Isto posto, considerando a experiência profissional atuando na Secretaria de Saúde de Guaratuba, constatamos que, seja pela necessidade de suprir um quadro insuficiente de funcionários frente às demandas, ou por falta de conhecimento das competências do (a) assistente social, eram requisitadas diversas ações não pertinentes à profissão, cabendo ao (a) profissional na maioria das vezes realizar as atividades e atendimentos, se necessário, encaminhando para os setores responsáveis.

Conclui-se também ao final dessa pesquisa que o uso das TICs no exercício da profissão consiste em um importante recurso que contribui para uma mudança qualitativa e reflete diretamente no potencial estratégico dos (as) assistentes sociais, mas sem transformar os usuários da política de saúde em simples números ou

dados estatísticos de gráficos ou percentual para alimentação do seu banco de dados. Dados quantitativos deve ser transformados em dados qualitativos possibilitando assim um melhor gerenciamento das atividades realizadas, bem como, o reordenamento das funções e demandas assumidas.

Através da pesquisa realizada pretende-se com o órgão gestor otimizar a gestão dos programas e serviços existentes na política pública da secretaria municipal de saúde de Guaratuba promovendo a inclusão e garantia do acesso aos direitos dos usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, "As Políticas de Seguridade Social Saúde". In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social . Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e "A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In:Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio . Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BEAL, Adriana. **Gestão Estratégica da Informação**. São Paulo: Atlas, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza, et al. **Saúde e Serviço Social**.2. ed.-São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006

CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em Rede. A Era da Informação: Economia, sociedade e cultura**. São Paulo, Paz e Terra, 2000.

COLMÁN, Evaristo. TOSCAN, Francielle. **Tecnologias de informação, processos de trabalho do assistente social e formação profissional**. Disponível em http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v5n2_francielle.htm

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf

COSTA, Maria Dalva H. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais**. In: Revista Serviço Social & Sociedade (62). São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Atribuições privativas do(a) Assistente Social. Brasília, DF: CFESS, 2002. p. 13-50

MOSCON, Nelize; KRÜGER, Tania Regina. **O Serviço Social na Atenção Básica e o Acesso aos Serviços de Saúde**. Rev. Saúde Publ. Santa Cat, Florianópolis, v.3, n. 2, julho/dez 2010. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/87/124>

REZENDE, Denis Alcides. **Planejamento de Estratégias e Informações municipais para a cidade digital**. São Paulo: Atlas, 2012.

VELOSO, Renato. **Serviço Social, Tecnologia da informação e trabalho**. São Paulo: Cortez, 2011.

WITIUK, Ilda Lopes. **Serviço Social Hospitalar: processo de trabalho do assistente social**. Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1061>