



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - ICH**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER**

**Lucas Jonas Lima Meireles**

**TRABALHO EM REDE: UMA PERSPECTIVA VIVENCIADA NA EXPERIÊNCIA DE  
ESTÁGIO NO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA**

BRASÍLIA

2025



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - ICH**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER**

**Lucas Jonas Lima Meireles**

**TRABALHO EM REDE: UMA PERSPECTIVA VIVENCIADA NA EXPERIÊNCIA DE  
ESTÁGIO NO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Serviço Social da Universidade  
de Brasília, como parte dos requisitos para a  
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Patricia Pinheiro

BRASÍLIA

2025

Brasília - 2025

**TRABALHO EM REDE: UMA PERSPECTIVA VIVENCIADA NA  
EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL  
REGIONAL DA CEILÂNDIA**

**Lucas Jonas Lima Meireles**

**Banca Examinadora**

---

Prof.<sup>a</sup> MS. <sup>a</sup> Patrícia Cristina da Silva Pinheiro

Docente UnB

(Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr. Perci Coelho de Souza

Docente UnB

(Membro da banca – Interno)

---

Letícia Maria Ferreira

Assistente social – HRC

(Membro da banca – Externo)

***“Mas não sabe da metade que eu assumo.  
Falam que meu sonho já me deixou louco.  
Deve ser por isso que eu já não durmo  
(Tasha & Tracie)***

## **AGRADECIMENTOS**

Expresso meus sinceros agradecimentos a todos que estiveram envolvidos na realização e incentivo desse Trabalho de Conclusão de Curso, pois significa um fim de uma jornada muito importante para mim.

Primeiramente agradeço a Deus, pela oportunidade de realizar essa graduação até sua finalização com esse trabalho de conclusão, ser a primeira pessoa da minha família a entrar na Universidade de Brasília. Por ter me dado força, sabedoria e coragem nesta caminhada. Esta conquista não é apenas minha, mas também de todos que, de alguma forma, estiveram ao meu lado durante essa trajetória acadêmica.

À minha Mãe, Eliete Lima, que foi crucial em toda minha graduação, como na realização deste trabalho, pelo amor incondicional de sua forma, pelo apoio e todos os momentos e paciência, por se a primeira pessoa acreditar em mim e nos meus sonhos mesmo quando parecia que eu não iria realizá-los, por seu meu grande exemplo de vida e superação. Aos meus tios e tias e irmãos que também, por meio de palavras, sempre me incentivaram, por estarem do meu lado e terem reconhecido minha conquista de ter uma formação, em especial à minha tia Sônia e Luciana, e minha irmã Tamyres, por sempre estarem ao meu lado desde o início dessa jornada.

Aos meus amigos que também estiveram em diversos momentos comigo, agradeço pelos momentos de risadas, reflexões, e encorajamentos, e em especial, à minha melhor amiga, Amanda, que me acompanhou nessa caminhada e me incentivou a nunca desistir, mesmo nos momentos mais difíceis, obrigado por todo carinho, palavra e momentos de felicidade. Aos meus amigos do curso, que sempre demonstraram apoio e gestos de carinhos, e em especial, às minhas colegas de estágio, que se tornaram grandes amigas e foram pilares no meu decorrer do estágio e na escolha desse tema para o meu TCC, à Vitória, por está ao meu lado em vários momentos da nossa graduação e da vida, agradeço pelos conselhos, risadas, e momentos difíceis que vivemos, à Laura pelos momentos engraçados e difíceis, e por se

tornar uma grande amizade. À todos que estiveram presentes nos momentos de estudo, nas crises de ansiedade e nas pequenas vitórias que celebramos juntos. Mais do que companheiros, foram irmãos e irmãs escolhidos pelo coração, que dividiram comigo tanto os momentos de superação quanto os de alegria. Sem vocês, esse percurso teria sido muito mais difícil e solitário. Vocês fazem parte dessa conquista tanto quanto eu.

À minha orientadora Patricia Pinheiro, agradeço por sua paciência, dedicação e compromisso com a minha formação. Seu apoio, suas sugestões e sua disponibilidade foram fundamentais para a construção e finalização deste trabalho. Às assistentes sociais do meu campo de estágio, pelos conhecimentos compartilhados e momentos de distrações, em especial a Valéria Medonça e Leticia Maria Ferreira, nossas supervisoras de campo e assistentes sociais do HRC, que foram fundamentais para a minha formação prática. Com seus conhecimentos, orientações e exemplos profissionais, contribuíram para que eu pudesse aplicar os conhecimentos teóricos na prática, por poder desenvolver habilidades essenciais e compreender melhor os desafios e responsabilidades da minha futura profissão em um campo de estágio que foi bastante impactante e significativo na minha vida. Sua disponibilidade e atenção foram essenciais para o meu crescimento durante essa etapa.

E por fim, a mim mesmo, que não desisti da realização deste Trabalho de Conclusão de Curso, dedico um momento especial para reconhecer minha própria dedicação, perseverança e esforço. Foram muitos momentos de superação, noites em claro e desafios enfrentados, mas também muitas aprendizagens e crescimento pessoal. Esta conquista representa o fruto do meu compromisso com o conhecimento e com o meu futuro profissional.

## **RESUMO**

O Hospital Regional da Ceilândia (HRC) é a maior referência como unidade de saúde da regional Oeste e atende a maior periferia do Distrito Federal e outras regiões administrativas. As diversas demandas que chegam ao HRC explicitam uma problemática social ampla e complexa que impõe a necessidade de reflexões sobre a importância de articulações entre as instituições de diferentes áreas para respondê-las. Dessa forma, este Trabalho de Conclusão de Curso é resultado de reflexões desenvolvidas através da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social no HRC e teve como objetivo analisar o trabalho em rede do Serviço Social. Para tal, foi preciso, resgatar o contexto histórico de mudança do Serviço Social na saúde, entender o conceito de rede social e como funciona no HRC, considerando as atribuições do assistente social, o conceito de intersetorialidade, e a experiência de estágio. Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter exploratório com o uso de análise documental. Concluiu-se que articulação entre diferentes serviços das instituições podem ser eficazes ou, em alguns casos, limitada no atendimento às demandas sociais por meio dos seus serviços, que o assistente social desempenha um papel estratégico na articulação entre a população e os serviços de saúde, facilitando o exercício de direitos, reconhecendo situações de vulnerabilidade social e integrando ações com diversas políticas públicas, como as de assistência social, educação e habitação.

Palavras-chaves; trabalho em rede; intersetorialidade; Serviço Social; HRC; saúde.

## ABSTRACT

The Ceilândia Regional Hospital (HRC) is the largest health unit in the western region and serves the largest suburb of the Distrito Federal and other administrative regions. The various demands that come to the HRC reveal a broad and complex social problem that requires reflection on the importance of coordination between institutions in different areas in order to respond to them. In this way, this Course Conclusion Paper is the result of reflections developed through the experience of a compulsory internship in Social Work at the HRC and its aim was to analyze Social Work networking. In order to do this, it was necessary to review the historical context of change in Social Work in the health sector, understand the concept of the social network and how it works in the HRC, considering the duties of the social worker, the concept of intersectorality, and the internship experience. This is an exploratory qualitative study using documentary analysis. It was concluded that the articulation between different institutional services can be effective or, in some cases, limited in meeting social demands through their services, and that the social worker plays a strategic role in the articulation between the population and health services, facilitating the exercise of rights, recognizing situations of social vulnerability and integrating actions with various public policies, such as social assistance, education and housing.

Keywords; networking; intersectorality; Social Work; HRC; health.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CEI - Centro de Erradicação de Invasões

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DCA - Delegacia da Criança e do Adolescente

DEAM - Delegacia Especial de Atendimento à Mulher

DF – Distrito Federal

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

GDF – Governo do Distrito Federal

HRC – Hospital Regional da Ceilândia

NSS - Núcleo de Serviço Social

PCDF - Polícia Civil do Distrito Federal

SES – Secretaria de Saúde

SRS - Regiões de Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UnB – Universidade de Brasília

VIJ – Vara da Infância e Juventude

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	1
1. SERVIÇO SOCIAL NO AMBITO DA SAÚDE .....	3
1.1. A MUDANÇA NO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO NA SAUDE.....	3
1.2 A REFORMA SANITARIA E SEUS AVANÇOS NA PROFISSÃO.....	4
1.3 A REFORMULAÇÃO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL COM SURGIMENTO DO SUS.....	6
2. TRABALHO EM REDE NO SETOR DA SAÚDE .....	9
2.1 CONCEITO DE INTERSETORIALIDADE .....	9
2.2 A INTERSETORIALIDAD E A RELAÇÃO COM POLÍTICAS PÚBLICAS .....	10
2.3 INTERSETORIALIDADE COM O SERVIÇO SOCIAL .....	14
3. O TRABALHO EM REDE NO HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA .....	16
3.1 CONTEXTO HISTORICO DO HOSPITAL NA REALIDADE PERIFÉRICA DE CEILÂNDIA .....	16
3.2 IMPORTÂNCIA DAS NORMAS E REGULAMENTAÇÕES NA ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO HRC.....	18
3.3 SERVIÇO SOCIAL NO HRC E SUAS FORMAS DE DEMANDAS JUNTO AO TRABALHO EM REDE .....	24
CONCLUSÃO .....	34

## INTRODUÇÃO

Na experiência de estágio obrigatório no curso em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB), no Hospital Regional de Ceilândia (HRC), foi possível desenvolver uma observação crítica a respeito do trabalho em rede realizado pela equipe de Serviço Social da unidade. A partir da vivência prática, eu observei que o hospital recebe, diariamente, inúmeras demandas sociais oriundas da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), que são imediatamente direcionadas ao setor de Serviço Social. Essa realidade me possibilitou a analisar o funcionamento do trabalho intersetorial no contexto hospitalar, revelando falhas na articulação entre as instituições e lacunas no acolhimento integral dos usuários e de suas necessidades, o que me incentivou a criar esse tema a partir do meu trabalho de conclusão de curso.

Este estudo propõe uma análise do trabalho em rede e de seu conceito, utilizando como estudo de caso o Hospital Regional de Ceilândia, referência em atendimento à saúde na Região Oeste<sup>1</sup> do Distrito Federal. A pesquisa está ancorada na relação entre as atribuições do assistente social e os princípios que norteiam sua prática profissional, especialmente no contexto da política de saúde. O trabalho em rede, neste sentido, é compreendido como uma prática intersetorial, que envolve diferentes setores e políticas públicas com o objetivo de garantir a integralidade do atendimento e a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos.

Para isso, realizou-se um resgate histórico da inserção do Serviço Social na área da saúde, abordando desde a influência da Reforma Sanitária até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o papel do Conselhos Profissional na definição das atribuições do assistente social. Essa trajetória evidencia a importância da intersetorialidade como uma diretriz fundamental da atuação profissional. Como afirmam Schutz e Miotto (2010), “na área da saúde, a intersetorialidade se vincula ao conceito ampliado de saúde, uma vez que não é

---

<sup>1</sup> Abrange as RAs: Sol Nascente/Pôr do Sol, Brazlândia e Ceilândia.

possível promover a saúde sem suprir uma gama de necessidades sociais”.(SCHUTZ e MIOTO. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate, Pelotas, 2010).

A fim de compreender o conceito de intersectorialidade e sua aplicação prática no HRC por meio de uma pesquisa qualitativa, de carácter exploratório-descritivo visando compreender os processos, desafios e potencialidades do trabalho em rede, foram realizadas como metodologia: Revisão Bibliográfica e Documental, Análise de referenciais sobre trabalho em rede, intersectorialidade e Serviço Social na saúde, documentos institucionais<sup>2</sup>, dados do diário de campo coletado diariamente no período<sup>3</sup> de estágio reflexões individuais e em conversas com multiprofissionais e com a equipe<sup>4</sup>, fundamentadas em autores da área e na experiência de estágio vivenciada pelo autor. Observou-se que o Serviço Social da unidade recebe demandas de múltiplas naturezas, o que exige uma articulação constante com outras instituições para garantir o atendimento adequado aos usuários. Contudo, em diversas situações, identificaram-se falhas nessa articulação, com impactos diretos na rotina dos assistentes sociais e, principalmente, na garantia dos direitos dos usuários do serviço.

Dessa forma, delineou-se o objeto geral desta pesquisa: através de três capítulos destrinchando essa temática analisar ausência ou falha na prestação de serviços por parte das instituições que compõem a rede de atendimento, da mudança no Serviço Social na saúde brasileira, até atuação do trabalho em rede no HRC, refletindo sobre sua importância na dinâmica do hospital e sobre o conceito de intersectorialidade enquanto fundamento essencial para a atuação do assistente social na saúde, junto as políticas públicas. A experiência de estágio em Serviço Social permitiu observar como essa articulação entre diferentes serviços pode ser eficaz ou, em alguns casos, limitada no atendimento às demandas sociais. Entender o papel histórico do Serviço Social na saúde, especialmente após a Reforma Sanitária, e a relevância da intersectorialidade como estratégia para enfrentar problemas sociais complexos.

---

<sup>2</sup> Normativas da unidade HRC, Legislações, Regulamentações, evoluções feitas pelo Serviço Social dos pacientes no TrakCare (sistema de informação em saúde (HIS) abrangente e integrado, desenvolvido pela InterSystems, projetado para otimizar a gestão de hospitais e outras instituições de saúde, desde o atendimento ao paciente até a gestão administrativa e financeira)

<sup>3</sup> Se iniciou em Setembro de 2023 e finalizou em Junho de 2024.

<sup>4</sup> Constantemente era feita reflexões sobre as instituições e seus serviços junto á equipe de Serviço Social e outros profissionais, como; médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos da unidade.

## **1. SERVIÇO SOCIAL NO AMBITO DA SAÚDE**

### **1.1. A MUDANÇA NO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO NA SAÚDE.**

No início da década de 1980, o cenário político brasileiro vivia um processo de transição democrática, marcado pela abertura política após o regime militar. Nesse contexto, a profissão como assistente social começava a passar por um movimento de renovação crítica, que se distanciava do modelo conservador até então dominante. Embora ainda sob forte influência do Estado e de práticas voltadas ao controle social da classe trabalhadora, o Serviço Social já buscava novas bases teóricas e metodológicas para sua atuação. Na área da saúde, em que seu conceito está relacionado ao físico, mental, social, não apenas as envolvendo as enfermidades<sup>5</sup>, esse movimento ainda se articulava de forma tímida com a Reforma Sanitária

A década de 1980, Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. Nessa conjuntura há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo.(BRAVO e MATOS. 2004. Pag 6)

Nos anos de 1980 a 1990, o país vivia o impacto das políticas neoliberais, que intensificaram a disputa entre dois projetos antagônicos na área da saúde. De um lado, o projeto privatista, que buscava reduzir o papel do Estado e exigia do assistente social uma atuação alinhada à lógica do mercado, com foco em critérios de elegibilidade e fiscalização da condição socioeconômica dos usuários. De outro, o projeto defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária, que havia se consolidado desde os anos 1970 e culminado na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988. Esse projeto defendia um modelo

---

<sup>5</sup> “O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. (SCLIAR, M. 2007, pg 36 e 37)

de saúde pública universal, equânime e integral, com participação social, abordagem interdisciplinar e foco na relação entre saúde e as condições de vida da população.

O cenário da saúde no Brasil envolvia um sistema e ideário que, de certa forma, se tornaram inadequados em torno de problemáticas sociais que surgiam. O crescimento urbano e a pobreza, teriam que ser tratados com novas ferramentas que pudesse reconhecer os indivíduos na sociedade, trabalhadores, residindo nessas cidades, onde sofriam de condições precárias que envolviam: saúde, alimentação, higiene, educação, habitação e outras necessidades. Com a nova reformulação surgindo, sobre a saúde nacional, considerando outras dimensões de atendimento, de cunho biológico, psicológico e social. “O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexos direto com outros debates,[...]” (BRAVO e MATOS. 2004. Pag 8). Isso irá demandar mais profissionais dessas áreas para atuação com um novo caráter. Essa reformulação sob a saúde, e na profissão, teve influência internacional em seus sistemas de saúde e com a situações precárias sobre os indivíduos nas cidades urbanas.

## 1.2 A REFORMA SANITARIA E SEUS AVANÇOS NA PROFISSÃO.

Durante as décadas de 1970 e 1980, ocorreram importantes avanços nas profissões vinculadas à área da saúde, em um contexto de intensas transformações políticas e sociais no Brasil. O país vivia um processo de redemocratização, acompanhado por uma grave crise econômica e pela crescente mobilização da sociedade civil em torno da ampliação dos direitos sociais. Nesse cenário, o campo da saúde passou a ser alvo de intensos debates voltados à construção de novos conceitos e práticas, cada vez mais articulados com a política e com a participação ativa da população e dos profissionais de saúde. Entre os principais temas debatidos estavam a melhoria das condições de saúde da população e o fortalecimento do setor público; [...] a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate [...] ( BRAVO, M. I. S, 2006. Pag 8).

Esse movimento defendeu propostas inovadoras, dentre as quais se destacou a criação de um novo sistema público de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS surgiu como uma resposta à necessidade de reformar profundamente o setor, com base em princípios como a universalização do acesso, a integralidade do cuidado, a equidade, a descentralização da gestão e a participação social. Propunha-se, ainda, a adoção de um modelo de atenção à saúde com abordagem multidisciplinar e estruturado em diferentes níveis de atenção, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Um marco fundamental nesse processo foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que contou com ampla participação popular e institucional incluindo técnicos, gestores, usuários, entidades da sociedade civil, sindicatos e profissionais da saúde. Essa conferência consolidou a compreensão de que a saúde é determinada por uma série de fatores sociais, como educação, alimentação, moradia, trabalho e saneamento, reforçando a ideia de que as condições de saúde refletem a forma como a sociedade organiza sua produção, distribuição de renda e enfrentamento das desigualdades sociais.

Com o avanço dessas importantes de pautas<sup>6</sup> emergentes sobre saúde e proteção social foi elaborado e, durante meses é apresentada na Assembleia Constituinte de 1987, que influenciou a criação da Constituição de 1988, conhecida como constituição Cidadã, marcou o início ao avanço democrático no País. A saúde nela, integra a parte da seguridade social, onde é defendido que, saúde é um direito de todos e está sob dever do Estado. O debate em torno da saúde durante o processo constituinte foi marcado por dois lados distintos. De um lado, estavam representantes do setor privado, como a Associação da Indústria Farmacêutica e a Federação Brasileira de Hospitais, que defendiam a privatização dos serviços de saúde. Do outro, encontrava-se o Plenário Nacional de Saúde, alinhado aos princípios do Movimento da Reforma Sanitária, que lutava pela universalização do acesso, pela ampliação das ações de saúde e pela descentralização do poder estatal na formulação e execução das políticas públicas. A Constituição Federal de 1988 rejeitou a proposta de privatização total da saúde e, em grande parte, acolheu os ideais defendidos pelo movimento sanitário: reconheceu a saúde como um direito universal, atribuiu ao Estado a responsabilidade sobre as questões de saúde

---

<sup>6</sup> Como a extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), que atendia apenas os trabalhadores formais. Sua exclusão foi um marco na história da saúde pública brasileira, consolidando o SUS como sistema de saúde universal e de acesso gratuito para todos os cidadãos

pública, promoveu a reformulação do sistema de saúde com a criação do SUS e admitiu a participação complementar do setor privado, subordinado aos princípios do sistema público.

Paralelamente a esse processo político, o Serviço Social passava por uma profunda transformação teórico-metodológica. Um novo projeto profissional começava a ganhar força, rompendo com o modelo tradicional conservador que até então predominava. Essa renovação estava diretamente ligada às mudanças sociais e políticas do período, influenciando tanto a formação acadêmica quanto a prática profissional dos assistentes sociais. Os anos 1980 foram especialmente significativos para a profissão, pois marcaram um momento de revisão crítica sobre o papel da intervenção profissional. O Movimento da Reforma Sanitária foi um importante incentivador dessa mudança, ao provocar reflexões sobre a relação entre teoria e prática no Serviço Social, incentivando o fortalecimento da atuação nas políticas públicas, a produção de conhecimento específico da área e o distanciamento das práticas estritamente médicas, reafirmando a autonomia da profissão no campo da saúde.

[...] o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2010, Pag 26)

### 1.3 A REFORMULAÇÃO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL COM SURGIMENTO DO SUS.

Com os significativos movimentos sociais impulsionados pela participação ativa da população, o setor da saúde foi um dos que mais avançaram no final do século passado, especialmente no que diz respeito à melhoria dos serviços e à universalização do acesso. Essas reivindicações ganharam força e se materializaram no principal marco político da década de 1980: a Constituição Federal de 1988. Apesar dos avanços conquistados, o cenário da época era marcado por um intenso embate entre os movimentos populares, que lutavam por melhorias no sistema público de saúde, e os interesses do setor privado, que, devido à sua forte influência econômica e política, atuaram para retardar ou limitar essas transformações. A crescente visibilidade da questão social, impulsionada pelo aumento das desigualdades no



Brasil, reforçou a necessidade de uma resposta estatal ampla. A nova Constituição (1988), em grande parte, atendeu às propostas do Movimento da Reforma Sanitária, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

A criação do novo sistema de saúde brasileiro visava justamente concretizar os princípios constitucionais, pautando-se em três pilares fundamentais: a participação social, o atendimento integral e a descentralização da gestão. Em 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080, que regulamentou a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturando suas ações em torno da promoção, prevenção e recuperação da saúde. O SUS caracteriza-se por sua complexidade e abrangência, organizando-se em diferentes níveis de atenção básica, secundária e terciária e distribuindo os serviços entre Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais, centros especializados, entre outros. Essa reformulação do sistema de saúde é de extrema importância, pois reconhece que o cuidado com a saúde do indivíduo deve considerar também os determinantes sociais que o cercam, como moradia, alimentação, educação e saneamento, visando, assim, promover uma verdadeira melhoria na qualidade de vida da população.

Essas mudanças causaram reflexos sobre o Serviço Social e sua atuação na saúde, causando uma necessidade da criação de debates sobre o exercício profissional. Houve uma necessidade de realizar especializações na área da saúde, que fez com que o real exercício do assistente fosse desviado do seu objetivo, aqui se inicializa uma problemática, onde os assistentes sociais, estavam realizando atividades que os não está na sua atuação, dentro da saúde, atividades essas, que estão relacionadas a gestão, controle, psicológicos.

Outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. (CFESS, 2009, pg 28)

É importante entender que a atuação do profissional, possui influência do contexto histórico; com bases sólidas da teoria, ela está muito além dessas especializações em diferentes áreas, há um grau de complexidade tão alto, que o exercício perpassa as demandas

apresentadas pelos usuários atendidos. Seguir o que o projeto profissional defende, que está, relacionado com os ideias do movimento sanitarista, é de extrema importância para a profissão, ou seja, defender o SUS cabe as competências do assistente social da saúde, articular o direito ao acesso a saúde pública.

É fundamental compreender que a atuação do assistente social é profundamente influenciada pelo contexto histórico e social em que se insere. Embasada em uma sólida formação teórica, a profissão vai muito além da especialização em diferentes áreas de atuação. O exercício profissional apresenta um alto grau de complexidade, pois ultrapassa as demandas imediatas dos usuários e requer uma análise crítica da realidade social. Seguir os princípios do projeto ético-político profissional, alinhado aos ideais do Movimento da Reforma Sanitária, é essencial para a prática do Serviço Social na saúde. Isso implica, entre outras coisas, na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política pública universal e na articulação permanente do direito à saúde com os demais direitos sociais.

Reconhecer a importância da inserção da classe trabalhadora e suas lutas na construção e fortalecimento do SUS é também um elemento central da prática profissional. Promover o acesso facilitado aos serviços de saúde e às instituições que compõem a rede de proteção social exige um enfrentamento constante das barreiras burocráticas do sistema. Esse trabalho não pode ser feito de forma isolada: ele deve ocorrer em conjunto com outros profissionais da saúde, de forma interdisciplinar e colaborativa. A partir dessa articulação, é possível desenvolver projetos que estimulem a participação social nas unidades de saúde, por meio de ações educativas, informativas e de assessoramento a movimentos sociais comprometidos com a defesa da saúde pública. Cabe ao assistente social contribuir para a construção de canais de diálogo entre usuários e gestores, fortalecendo a cidadania e o controle social sobre as políticas públicas: “os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios.” (BRAVO E MATTOS, 2007, Pag 4). O trabalho do assistente social não pode depender de formulações prontas que possibilitam o acesso a democracia, mais pela articulação dentro desse acesso, por meio de

várias ferramentas, como as políticas, instituições, órgãos e Estado, que possibilitam um importante trabalho em rede que atua no atendimento das diversas demandas.

## **2. TRABALHO EM REDE NO SETOR DA SAÚDE**

### **2.1 CONCEITO DE INTERSETORIALIDADE**

O conceito de intersectorialidade é fundamental para refletir sobre como os mecanismos de resposta às demandas sociais podem ser articulados de forma mais eficaz. Uma estratégia que envolve a cooperação entre diferentes setores e instituições, especialmente no enfrentamento de questões complexas que, sozinhos, os setores não conseguiriam resolver, e no campo da saúde, a intersectorialidade é essencial, já que muitas das necessidades da população exigem a atuação integrada de políticas públicas como educação, assistência social, habitação e segurança. A intersectorialidade consiste, portanto, em um trabalho conjunto entre diferentes políticas e serviços, permitindo que recursos, informações e estratégias sejam compartilhados para atender melhor às demandas da sociedade. Essa abordagem amplia a capacidade de resposta do Estado, fortalece a rede de proteção social e favorece soluções mais eficazes e integradas. É uma prática cada vez mais utilizada em diversas áreas de atuação, especialmente naquelas que envolvem a promoção de direitos e o enfrentamento das desigualdades sociais; “Há também uma diversidade de abordagens e ideias tanto entre os diferentes campos como também dentro deles mesmos. (SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. 2010. pag 61)”

Existe uma relação entre o intersectorial, o intrasectorial e o trisectorial, e está ligada à forma como as políticas públicas e as ações sociais são organizadas e articuladas entre diferentes esferas. A intrasectorial ocorre dentro de um mesmo setor (como saúde, educação ou assistência social), buscando a integração entre seus próprios serviços e instâncias para melhorar a eficácia de atendimento as demandas. A trisectorialidade amplia essa lógica ao incluir, além do setor público, os setores privado e da sociedade civil, promovendo uma gestão compartilhada das políticas sociais. Essas três dimensões se complementam, sendo

fundamentais para construir respostas mais integradas, democráticas e eficazes às demandas sociais.

A intersectorialidade, que, incorpora o trabalho em rede entre os setores, são ideal de características; as formas de integralidade, territorial e igualdade, onde são construídas pelas políticas setoriais, em que segue um caminho de gestão mais ao mesmo tempo rompe com pequenas secções de gestão responsáveis por políticas públicas. Norteia o ideal de intersectorial, a ação conjunta entre as diversas políticas em prol do atendimento das demandas expostas, envolvendo todos aqueles que são responsáveis de manusear esse trabalho. Intersectorialidade é uma dinâmica bastante complexa, pois exige uma grande atualização política, territorial e em gestão, entre os setores e seus agentes, que estão deliberando as políticas de prestação, com princípio de que seu serviço possa englobar todas as expressões que os necessitam. Trabalho intersectorial, de certa forma é sobre como gesticular demandas existentes que perpassam a sociedade e a necessidade de políticas para sua atenção, é importante posicionar de forma ampliada um olhar para essas expressões que surgem e pensar em como elas podem ser atendidas. É necessária uma comunicação entre os setores e suas políticas para que se possa fazer essa intervenção por todas suas partes. O conceito de intersectorialidade cria a possibilidade de abordar essas demandas da população que surgem nos setores que oferecem os serviços de políticas públicas, essas necessidades são vindas dos cidadãos, são atendidas em sua totalidade.

A intersectorialidade é um dos instrumentos mais utilizados para a efetivação das políticas públicas, e configura-se como um desafio a ser consolidado, uma vez que, apresenta aspectos importantes para a articulação e integração entre as diferentes políticas setoriais. O trabalho conjunto realizado de forma articulada e integrada, além de contribuir para a troca de saberes, proporciona uma solução ao considerar a totalidade dos problemas do usuário, ou seja, a complexidade da realidade social, de modo que, seus problemas não sejam tratados de forma fragmentada, através de ações desarticuladas que dificultam sua inclusão social. (MEDEIROS, Juliana, 2019. Disponível em: <https://blog.gesuas.com.br/intersectorialidade-suas/>)

## 2.2 A INTERSETORIALIDAD E A RELAÇÃO COM POLÍTICAS PÚBLICAS

A relação entre a intersectorialidade e as políticas públicas, está relacionada ao princípio de ir além dos serviços por partes, é fortalecer o vínculo de sociedade e os serviços

de prestação para as expressões, independente de onde se expressar a intersectorialidade. Como seu mecanismo funciona na prática, possuindo a participação por todas as partes das instituições; quem articula as políticas ou quem a solicita, pois, é de extrema importância essas participações, e de forma equilibrada, é o que vai manter o acordo entre as políticas e de certa forma, provocando sua realização, sendo acompanhada. “No estudo das políticas a intersectorialidade se insere enquanto uma possibilidade de superar práticas fragmentadas ou que estão sobrepostas na relação com os usuários de serviços estatais, [...]” (FRANÇA, M. C. ; CAVALCANTI, P. B. 2013, Pag 2).

Ao observarmos a atuação das políticas públicas, nota-se que elas ainda permanecem excessivamente setorializadas. As instituições frequentemente desenvolvem seus planejamentos e ações de forma isolada, com pouca articulação com outros setores que atendem às mesmas demandas da sociedade. Essa fragmentação gera um impasse na relação entre as políticas e seus respectivos setores, evidenciando contradições nos serviços prestados, além de divergências culturais e institucionais. Mesmo quando diferentes setores lidam com as mesmas problemáticas, muitas vezes não atuam de forma integrada, o que resulta em sobrecarga de trabalho, duplicidade de esforços e desperdício de recursos públicos.

É fundamental compreender que, apesar dessa divisão institucional, a realidade social enfrentada pelas populações é única e complexa. Portanto, a articulação entre setores por meio do trabalho em rede e da intersectorialidade torna-se indispensável para o atendimento eficaz das demandas sociais, ao atuarem de forma integrada, potencializam a eficácia das ações voltadas para a população. Entre os principais setores que podem se articular estão a saúde, educação, assistência social, habitação, segurança pública, cultura, trabalho e renda, meio ambiente e justiça.

No contexto brasileiro, destaca-se a urgência de um projeto político comprometido com a intersectorialidade, que promova o uso articulado das políticas sociais e incentive a descentralização do poder. Isso envolve a redistribuição de funções e responsabilidades entre os diferentes níveis e setores do governo, com o objetivo de reorganizar a gestão das políticas públicas de forma mais eficiente e democrática. Segundo Miotto e Schutz (2010), a relação entre intersectorialidade e descentralização é essencial, pois estabelece uma interdependência

que permite uma melhor distribuição de poderes e recursos, promovendo um atendimento mais qualificado e integral à população. No entanto, ainda há uma carência significativa de apoio político, técnico e financeiro para consolidar essa articulação entre setores. Essa fragilidade contribui para o empobrecimento do atendimento às demandas sociais e levanta questionamentos sobre a real capacidade dessas instituições de oferecer respostas eficazes e integradas às necessidades da sociedade.

No entanto o nível de intersetorialidade construído nas políticas brasileiras tem se dado ora pela “escassez de recursos” ora devido às profundas insatisfações acerca da capacidade de as organizações darem respostas às demandas sociais e aos problemas complexos dos cidadãos, (Ibid.). A intersetorialidade a partir da perspectiva da escassez de recursos tem se relacionado com a ideia de “reformular” a ação do Estado a partir da desregulamentação dos direitos sociais, pois os custos de uma cobertura social ampla e sistemática são altos demais para o Estado arcar, não por acaso prevalece o entendimento da intersetorialidade enquanto um procedimento de reforma administrativa do Estado. (FRANÇA, M. C. ; CAVALCANTI, P. B. 2013, Pag 2).

A política social está relacionada com a intersetorialidade em sua atuação, observado na saúde a partir do princípio de proteção universal e integral, previsto na Constituição Federal, como política de Seguridade Social. Os trabalhos das políticas sociais na área da saúde incorporam sua atuação através do trabalho em rede, já que, seus objetivos envolvem a prestação de serviços que envolvem diversas necessidades sociais que:

[...] nos permite perceber que a gestão Intersetorial demanda integrações de políticas de diferentes naturezas (neste caso de caráter econômico e social); articulação de diferentes atores, os quais, sem sombra de dúvidas possuem interesses divergentes. [...] (TUMELERO, 2018. pag 214).

Para que a universalização da saúde seja efetivamente alcançada, sua promoção não pode ser responsabilidade de um único setor, mas sim resultado da atuação articulada de diversos setores que envolvem a questão da saúde. Nesse sentido, a gestão intersetorial torna-se essencial para a promoção da saúde de forma integral e eficiente. A intersetorialidade na saúde se entende como uma importante ligação entre as instituições e políticas que atendem a demanda, inicialmente identificada nas instituições de saúde, com o objetivo de buscar resolver outras questões relacionadas ao tratamento de saúde, compreendendo o usuário dos serviços de saúde em sua complexidade e demandas sociais. Tumelero (2018) afirma que a

atuação intersetorial se dá por ações ou escolhas compartilhadas entre os setores, na forma de identificação das expressões sociais e nas construções das políticas redirecionadas a elas. Esse conceito de gestão intersetorial tem objetivo de abordar todo o campo da saúde na sua totalidade, já que, para promover a saúde, é preciso atender as expressões sociais surgentes, como; moradia, alimentação, cultura, educação, etc. O setor da saúde está intrinsecamente ligado a ação da Intersetorialidade, pois o conceito de promoção a saúde, que é defendido pela Constituição e o conceito do SUS, necessita da sua atuação, pois saúde não é só a relação saúde/doença, aborda outras questões vivenciadas. Esses marcos na história da construção da saúde, deixam explícitos o quanto é importante a visão sobre essa forma de promoção da saúde.

O trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garanta a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.)

A Política Nacional de Promoção a Saúde<sup>7</sup>, criada em 2006, é um marco fundamental na garantia do direito à saúde para todos os brasileiros. Ela reconhece a importância das diversas formas de atenção à saúde e do comprometimento coletivo por meio do trabalho em rede entre instituições. A lógica biomédica, por si só, não é capaz de responder integralmente aos determinantes do processo saúde-doença, sendo necessário o envolvimento de diferentes setores sociais para qualificar o serviço de saúde e ampliar seu alcance. A saúde está diretamente relacionada à complexidade da vida social, exigindo que todos os setores envolvidos assumam posturas ativas diante das demandas que surgem. A relação entre o social e a saúde vai além do modelo biomédico tradicional, o que reforça a necessidade de fortalecer a articulação entre o setor da saúde e os demais por meio da intersetorialidade, promovida e regulamentada pelas políticas públicas. A construção de ações intersetoriais implica, necessariamente, em diálogo e confronto com estruturas de poder centralizadas no Estado. Esse embate é necessário para promover mudanças nas formas de organização e gestão das políticas sociais, especialmente diante de estruturas mais conservadoras e rígidas.

---

<sup>7</sup> A PNPS foi formalizada pela primeira vez em 2006, através da Portaria MS/GM nº 687, e revisada em 2014, buscando ampliar o conceito de saúde e a atuação.

Ao desafiar essas estruturas, amplia-se o reconhecimento das competências dos setores que atuam em rede entre eles, e o Serviço Social, valorizando sua contribuição na efetivação dos direitos sociais e na oferta de serviços públicos de forma mais integrada e acessível.

A atuação do assistente social, que depende da intersetorialidade, começaram a produzir projetos que sustentam esse trabalho em rede sobre as expressões sociais. Tanto Mitoto e Schutz (2010) e Junqueira (2004), citam que é nesse momento de interligação, que vai ser primordial ter o trabalho de reconhecer tanto o território quanto a realidade do usuário e aonde ele se insere, pois os setores da prestação de serviços vão organizar e analisar quais as políticas vindas das organizações e da assistência social que vão atender aquelas expressões; é nesse momento que o sujeito vai ser reconhecido como cidadão de direito pelas instituições, e não como um mero usuário com necessidades. Todo esse caminho é muito importante, para chegar nesse ponto de identificação da demanda, da realidade e do sujeito, sendo através dessa colaboração entre atuações com uso das políticas públicas; se tornado completamente ativa em relação as expressões surgentes da sociedade.

Esse processo ganha consistência quando as necessidades dos grupos populacionais que se distribuem em um território como sujeitos articulam soluções intersetoriais. Nesse processo, a população passa a ser considerada como sujeito e não como objeto de intervenção. Com isso ela passa a assumir um papel ativo, colaborando na identificação dos problemas e na sua solução. Com isso, muda-se a lógica da política social, que sai da visão da carência, da solução de necessidades, para aquela dos direitos dos cidadãos a uma vida digna e com qualidade. (JUNQUEIRA, 2004. Pag 28).

### 2.3 INTERSETORIALIDADE COM O SERVIÇO SOCIAL

É evidente, sob uma análise crítica, a necessidade de uma relação objetiva e consistente entre o Serviço Social e o trabalho intersetorial. Essa articulação tornou-se ainda mais urgente a partir da intensificação das expressões da questão social nos espaços sócio-ocupacionais, como é o caso da saúde, onde o trabalho em rede é essencial. São justamente os diferentes setores e políticas públicas que oferecem suporte à atuação do assistente social, possibilitando a efetivação dos direitos sociais e a promoção da cidadania. A consolidação desse vínculo entre o Serviço Social e a intersetorialidade exige o rompimento com práticas fragmentadas e desarticuladas, que não dão conta da complexidade das demandas sociais. Como afirmam Schutz e Mioto (2010), “assumir a construção da intersetorialidade significa



romper com uma série de dificuldades presentes nesta política” (p. 69). Essa afirmação reforça que a intersectorialidade não é apenas uma diretriz teórica, mas um processo que requer enfrentamento de entraves institucionais e políticos.

Para que a seguridade social se concretize por meio das políticas públicas, é imprescindível que a Política de Assistência Social<sup>8</sup>, por meio do SUAS<sup>9</sup> (Sistema Único de Assistência Social), avance na construção de estratégias intersectoriais. Isso envolve a articulação entre diferentes políticas públicas, com foco na universalização, integralidade e equidade do atendimento. Miotto e Schutz (2010) ressaltam que a intersectorialidade deve ser incorporada de forma sólida na política de Assistência Social, articulando programas, serviços e benefícios ofertados à população, sem perder de vista a lógica da gestão setorial e o compromisso com os princípios da seguridade social.

A atuação intersectorial no Serviço Social, no contexto das políticas públicas promovidas pelo Estado, requer a articulação entre diferentes dimensões da seguridade social sejam elas territoriais, sociais, econômicas ou culturais. Embora esses setores possuam interesses e objetivos distintos, compartilham um ponto em comum: a centralidade das necessidades dos usuários. É a partir dessas demandas que se evidenciam tanto a dimensão ética quanto o comprometimento profissional exigido dos trabalhadores do Serviço Social. No cotidiano da profissão, muitas das demandas sociais podem e devem ser enfrentadas de forma coletiva, por meio de práticas intersectoriais, interdisciplinares e multiprofissionais. Essa atuação integrada se concretiza na coordenação e na gestão compartilhada entre os setores, com especial relevância nos espaços ocupacionais do Serviço Social, como na área da saúde, caracterizada pela complexidade e pela diversidade das expressões da questão social. Nesses contextos, a intersectorialidade se configura como uma estratégia essencial para o trabalho do assistente social, pois amplia as possibilidades de enfrentamento das desigualdades sociais, ao

---

<sup>8</sup> Prevista na Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei nº 8.742/1993.

<sup>9</sup> O SUAS (Sistema Único de Assistência Social) foi instituído oficialmente em 2005, por meio da Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e implementado a partir de 2005 como modelo de gestão da política de assistência social no Brasil.

viabilizar respostas mais completas às vulnerabilidades enfrentadas pelos indivíduos. Essa prática respeita as especificidades e realidades de cada sujeito, fortalecendo o acesso efetivo às políticas sociais e promovendo a cidadania de forma mais ampla e integrada.

Visando atender demandas coletivas observamos que surgem para os assistentes sociais a partir da instituição dos SUS a oportunidade na coordenação, gestão e planejamento devido às possibilidades de trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, assim também como novos desafios e espaços ocupacionais em áreas não exclusivas do Serviço Social (Ibid.). O assistente social mostra o potencial que possui para articular o debate interdisciplinar, refletindo sobre as formas de atendimento em sua totalidade, tal característica tem pautado as reflexões no grupo de profissionais para reconhecer as necessidades em saúde e seus determinantes sociais. (FRANÇA e CAVANCANTI, 2013. Pag 6).

### **3. O TRABALHO EM REDE NO HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA**

#### **3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO HOSPITAL NA REALIDADE PERIFÉRICA DE CEILÂNDIA**

A Região Administrativa de Ceilândia, onde está localizado o Hospital Regional de Ceilândia (HRC), foi criada sob o estigma social de uma população rotulada como favelada e carente. Isso se deve ao fato de que a cidade é resultado da Campanha de Erradicação de Invasões (CEI)<sup>10</sup>, o primeiro projeto de remoção de favelas realizado no Distrito Federal, idealizado pelo então governador Hélio Prates. A campanha promoveu a remoção de milhares de migrantes que viviam em condições precárias nas favelas da Vila do IAPI, Vila Tenório, Vila Esperança, Vila Bernardo Sayão e Morro do Querosene. Na época, em 1969, Brasília tinha apenas nove anos de fundação e contava com uma população de aproximadamente 79.128 pessoas, distribuídas em 14.607 barracos. As transferências tiveram início em 27 de março de 1971, data que passou a ser considerada como a fundação oficial de Ceilândia, marcando o início da ocupação planejada dessa nova cidade satélite.

---

<sup>10</sup> Realocar os moradores em uma nova área planejada, distante do centro, com lotes demarcados; com o objetivo de evitar o crescimento desordenado e a “favelização” de Brasília, que tinha sido planejada para ser uma capital moderna e organizada.

O sistema de saúde no Distrito Federal é estruturado de forma descentralizada e regionalizada em sete Regiões de Saúde (SRS), cada qual com superintendência responsável pela gestão local. A porta de entrada é a Atenção Primária, feita pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, que acompanham a maioria dos casos de saúde. Pacientes registrados (com número SUS) nas UBS recebem encaminhamentos para exames e atendimentos especializados conforme necessidade, sem custo. Em casos de urgência ou emergência, o acesso ocorre via UPA, SAMU ou hospitais regionais, com classificação de risco para priorização, sendo as atenções secundárias e terciárias.

O Hospital Regional de Ceilândia (HRC) foi oficialmente inaugurado em 27 de agosto de 1981, em cerimônia realizada com a presença do então presidente da República, João Baptista Figueiredo, e do governador do Distrito Federal à época, Aimé Lamaison. Regido pela Fundação Hospitalar do DF<sup>11</sup>, a criação da unidade surgiu como resposta à crescente demanda por serviços de saúde na cidade de Ceilândia, que vivia um acelerado processo de expansão urbana e populacional. Inicialmente voltado ao atendimento das necessidades básicas de saúde da população local, o HRC, anos mais tarde, passou a integrar oficialmente a rede da Secretaria de Saúde do Distrito Federal como unidade de referência para toda a Região<sup>12</sup> de Saúde Oeste, abrangendo, além de Ceilândia, as regiões administrativas de Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia. Essa ampliação de cobertura territorial decorre do rápido crescimento demográfico da região, que ultrapassa atualmente os 350 mil habitantes, forçando muitos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a buscarem atendimento em outras unidades antes da consolidação do hospital como polo regional.

A unidade hospitalar apresenta uma estrutura robusta, voltada ao atendimento de uma ampla variedade de demandas. Conforme destaca a Câmara Legislativa do Distrito Federal (2022), o HRC oferece serviços de emergência e atendimento ambulatorial, além de dispor de Banco de Leite Humano, centro cirúrgico, exames laboratoriais, radiografia, ecografia, tomografia, mamografia, serviços de epidemiologia, internação domiciliar e oxigenoterapia. O

---

<sup>11</sup> A Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) foi extinta em 1998, no contexto da reforma administrativa do Estado, e suas atribuições foram absorvidas pela atual Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)

<sup>12</sup> Existem atualmente sete regiões de saúde (Região Central, Norte, Leste, Sul, Oeste, Sudoeste e Centro-Sul), com objetivo de facilitar a articulação entre os serviços e os níveis de atenção à saúde, garantindo maior eficiência e acesso.

hospital também possui um centro de trauma estratégico, que absorve a maior parte dos casos de urgência e emergência da região. Diante da complexidade e abrangência dos serviços prestados, o Hospital Regional de Ceilândia se consolida como uma das principais referências em saúde pública no Distrito Federal.

Sua atuação é fundamental para garantir o acesso da população à atenção integral à saúde, especialmente em regiões historicamente marcadas por desigualdades sociais e dificuldades de acesso a serviços públicos de qualidade. O HRC, portanto, representa não apenas um espaço de cuidado e atendimento, mas também um importante instrumento de consolidação das políticas públicas de saúde na capital federal.

O Hospital de Ceilândia nasceu para atender uma região em crescimento e abriu as portas em 1981. “Hoje a gente percebe que o caminho do hospital é estar sempre se reinventando. Foi assim na pandemia e a cada dia com os atendimentos”, destacou o diretor do Hospital Regional de Ceilândia, Márcio Miranda dos Santos. O diretor acrescentou que Ceilândia é uma das cidades que mais crescem no Distrito Federal, com uma população dependente do Sistema Único de Saúde (SUS). (SILVEIRA, Igor. SEGOV, Hospital Regional de Ceilândia terá pronto-socorro ampliado, 2023)

### 3.2 IMPORTÂNCIA DAS NORMAS E REGULAMENTAÇÕES NA ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO HRC.

A formalização do SUS intensificou o entrelaço do assistente social com os princípios das políticas de saúde nacional, à respeito da democracia e seu dever com o usuário. Com um sistema de saúde nacional estruturado, impulsionou para a atuação de muitos assistentes sociais na saúde junto ao trabalho em rede com outros setores, fazendo se repensar as atribuições do assistente na saúde, suas atividades, posicionamentos, encargos, como seria concretizado todo seu formato profissional.

O Hospital Regional da Ceilândia, é gerenciado pela SES/DF (Secretaria de Saúde do Distrito Federal), que elabora planos e políticas de muitas unidades<sup>13</sup> de saúde no DF, por isso, serviço social no HRC, seguem, além do código de ética e a regulamentação, as orientações da Gerência de Serviço Social, que identifica, o reconhecimento nas condições de vida do indivíduo, e o reconhecimento na refutação do governo. É importante, independente da unidade em que está atuando no DF, o assistente estar alinhando com o que o Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação estabelecem para a atuação em princípio no Artigo 4 da Lei Nº 8.662;

- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;
- prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- planejamento, organização e administração de Serviço Social e de Unidade de Serviço Social; (BRASIL, LEI Nº 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993)

Assim como também o Código de Ética Profissional apresenta fundamentos importantes para atuação na unidade;

---

<sup>13</sup> No Distrito Federal, á o IGESDF, que executa a gestão hospitalar sob contrato com o governo, complementando a rede de saúde do DF, e a **SES-DF**, órgão público responsável por planejar, coordenar e gerir a maior parte da rede pública de saúde do DF.

- reconhecimento da liberdade como valor ético central;
- defesa intransigente dos direitos humanos;
- ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização política e da riqueza socialmente produzida;
- posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- empenho na eliminação de todas as formas de preconceito;
- garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero;
- articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; (BRASIL pg 14; LEI 8662/93 pg 24)

A atuação do assistente social no HRC vai além do atendimento sob a demanda do usuário no Hospital, com uma variedade de demandas que envolvem aspectos sociais, emocionais e econômicos dos pacientes e seus familiares. Ele oferece apoio em situações como vulnerabilidade social, dificuldade de acesso a tratamentos, falta de recursos financeiros, orientações sobre direitos e benefícios sociais, além de mediações em contextos de alta hospitalar e continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar. Sua atuação é fundamental para garantir um atendimento humanizado e integral, promovendo o acolhimento e contribuindo para a efetivação de políticas públicas de saúde. mais sua prática profissional envolve investigação, planejamento, gestão, encaminhamentos, emissão de pareceres, uso de ferramentas teóricas e conhecimento sobre recursos humanos nas instituições sociais. É importante destacar que observei nessa unidade, HRC, que o Serviço Social, é essencial para a garantia dos direitos e para a efetivação de políticas públicas.

Tanto a regulamentação, quanto o código e as normas e regulamentações da Gerência de Serviço Social são importantes para salientar as necessidades para se fazer um atendimento qualificado, como o trabalho em equipe, o porque dele ser tao necessário, esse trabalho em conjunto funciona como canal de comunicação, onde o assistente social deixara amostra quais

são seus pontos e onde sua intervenção entra, e aonde o indivíduo precisa de acompanhamento de outra instituição social; “O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações” (CFESS, 2009, pg 23). Outra necessidade para o atendimento dos assistentes sociais na unidade são as atividades socioeducativas, pois a profissão é uma forma de canal de comunicação e informações. Está diretamente relacionada a forma de promoção da cidadania, bem-estar, e desenvolvimento dos indivíduos da sociedade, e especialmente para os que estão em situação de vulnerabilidade, e suas formas de divulgação se dão de várias formas; sendo em grupos ou individuais, em diálogo, em uma apresentação, com outros profissionais ou não, há um leque de possibilidade em que o assistente social pode intervir nessa atividade. Essas atividades, além do quanto é necessário está sendo por fornecer informações importantes para as pessoas, o objetivo também é despertar a noção que as pessoas têm sobre tal informação, e sua participação como indivíduo da sociedade, despertando questionamentos sobre tais esferas de poder e a noção de como elas funcionam.

Todos esses eixos de atividades do assistente social, funcionam com um princípio de diálogo entre eles, para um melhor entendimento da demanda, e sua resposta, em favor da classe trabalhadora que demonstra uma defesa pelo SUS e seu acesso universal. É de suma importância que o profissional adote o pensamento da inserção da população na participação da construção e decisões relacionadas ao sistema de saúde;

É de grande importância que os/as assistentes sociais, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, construam espaços nas unidades de saúde que deem voz à participação popular nas decisões a serem tomadas, bem como participar e elaborar projetos de educação permanente e realizar estudos e pesquisas sobre temáticas relacionadas à saúde. (PINHEIROS E SANTOS, 2022, pg 5)

Por isso, para o assistente social é necessário, ultrapassar não só os serviços oferecidos para atender as demandas, mas que, é necessário firmar um compromisso com a população, a classe trabalhadora, reafirmando a importância das lutas nos movimentos sociais, para a conquista de direitos, sendo assim, articulado com suas atribuições e noção das políticas sociais.

Identifiquei que, as atuações do assistente social no HRC, junto ao código e a regulamentação, que orientam sua prática com base em princípios como a justiça social, a equidade, a dignidade humana e o compromisso com os direitos sociais. Esses instrumentos garantem a identidade profissional, estabelecem limites e responsabilidades no exercício da função, além de proteger tanto os profissionais quanto os usuários dos serviços são extremamente importantes na edificação de respostas no exercício profissional sob as demandas surgentes que aparecem nessas unidades de atendimento. Essas ferramentas ultrapassam um só segmento, pois ela tem uma força de ligação intersetorial, seja interno ou externo, as atividades em equipe ou com a sociedade, em muitos tipos de atenção de forma integral. Através dessas ações, que é possível se aproximar da realidade do usuário, de onde ele está inserido, como na Ceilândia, para que o assistente social possa entender quais são suas demandas além da unidade, defendendo o que é chamado de “alta segura”, onde visa garantir que o paciente deixe o hospital com todas as orientações, cuidados e suporte necessários para dar continuidade ao tratamento de forma adequada e segura em casa ou em outra unidade de saúde, afinal, para que o paciente se recupere de forma ampla, é necessário que ele tenha os meios e informações básicos no cotidiano de sua vida para a recuperação. Por isso da importância do papel do assistente social na saúde, é ele que vai acompanhar e orientar o paciente.

O assistente social dispõe de atribuições específicas na área da saúde, o que constitui um instrumento importante na construção de estratégias para o exercício profissional e na busca de alternativas visando ao atendimento das necessidades sociais apresentadas pelos usuários nos serviços de saúde. (SARRETA, 2008, pg 4)

Possibilitar o acesso á essas políticas de saúde aos indivíduos é, de certa forma, promover o acesso a sua cidadania e seus direitos, o que foi motivo de luta nos movimentos sociais e da reforma sanitária, afinal, saúde e o desenvolvimento social estão interligados na evolução da sociedade (SARRETA, 2008). O assistente social no exercício de suas atividades na unidade pode identificar e enfrentar a desigualdade posta na sociedade, por meio do uso dessas políticas, faz com que uma formação dos serviços de saúde se molde as características apresentadas dos indivíduos. Acompanhar e encontrar um meio de atender as demandas que vem junto da população é um princípio das políticas sociais usadas pelo assistente. Refinar



esses serviços e integrá-los as demandas presentes nas unidades é necessário para que haja sucesso no atendimento, promovendo seus direitos básicos em que o Estado deve lhe oferecer.

É observável que a ação do Serviço Social, inserida no sistema de saúde foi construída com políticas públicas, causando a criação de leis também, desde o momento que foi requerido dessa profissão na saúde. A ligação entre profissão e as políticas, além de ser muito importante, constitui o que é a profissão no Brasil, assumir o caráter de defesa do SUS no país foi primordial para demonstrar os ideais do Serviço Social por meio da saúde para toda sociedade. Quando o Serviço Social, com seus eixos teóricos-metodológicos que embasam sua atuação, possibilita aos indivíduos acesso ao sistema de saúde, garante cidadania. Independente da unidade em que está inserido ou o nível de atenção, o atendimento ao usuário deve ser garantido. É nesse atendimento com escuta qualificada e respeito aos direitos humanos e sociais, que o usuário adquire consciência política de seus direitos. Com a neutralidade, sem formas de julgamento e meritocráticas, o assistente consegue analisar toda a demanda do indivíduo e suas necessidades além da unidade, de toda sua realidade individual ou grupal; [...] capacidade de identificação das demandas no âmbito da saúde, e de extrair destas demandas as reais necessidades sociais e de saúde, apontando a formulação e execução de políticas sociais, projetos e programas, como um direito[...]. (SARRETA, 2008, pg 5).

Esses aspectos do profissional, de certa forma, estão presentes no seu dia-dia, relacionados ao que foi ensinado na sua formação, é importante que o assistente social sempre busque o aperfeiçoamento desse ensinamento para qualidade do atendimento nas demandas que aparecem. O conhecimento sobre as ferramentas operativas e metodológicas precisam de uma formação permanente. Sua representação, respostas, qualificação e encargos vão ser influenciados por essa atualização. É uma profissão que necessita acompanhar o movimento da realidade, condizentes com os preceitos profissionais.

E, são funções e respostas que a profissão vai desenvolvendo, em razão das necessidades apresentadas pela população, que acabam influenciando as demandas institucionais, bem como, o papel da profissão na saúde, e que dá legitimidade para o projeto profissional, de superação da situação atual. É nesta intencionalidade de superação da exploração que está posta a capacidade de transformação. (SARRETA, 2008, pg 5).

No Brasil, ainda existe as posições políticas que querem acabar com a universalização do SUS em prol do capitalismo, e atividades do assistente social está ligada nesse eixo, pois, sua forma de destacar e instigar os direitos sociais assegurados pela Constituição dentro da saúde, é uma forma de explanar para sociedade o que lhes asseguram, por que devemos lutar a favor, assim, lutando contra esse lado privatista e capitalista na saúde. As experiências vivenciadas em sua rotina, de alguma forma será exemplo para outros assistentes sociais, formas de lidar diante demandas que vão aparecer no seu cotidiano e como se pode relacionar com acesso aos direitos. Há também a influencia na contribuição de novas políticas, projetos, leis que ampliem as respostas nas necessidades sociais; “Desta forma acredita-se que o Serviço Social, enquanto profissão, muito tem a contribuir para a efetivação do direito à Saúde Pública, em uma intervenção técnico-operativa, bem como atuar no sentido de fiscalizar para que se cumpram as leis que garantem os direitos...” (ORTIZ e LEVITTE, 2017, pg 91).

A atuação do assistente na saúde deve ser constantemente acompanhada, com suas práticas baseada em uma visão crítica da sociedade e seu compromisso com os direitos humanos, formula e desempenha um papel decisivo na construção de novas políticas públicas no acesso ao tratamento pelo Sistema de Saúde, sua atuação vai além da intervenção direta. Busca as respostas que atendam às mudanças sociais, garantindo que a política pública intervenha de forma adequada às necessidades da população mais vulnerável e promova uma sociedade mais equitativa e inclusiva.

É importante fixarmos aqui que a presença dos assistentes sociais no domínio da saúde é fundamental, uma vez que, conforme Costa (1998), a inserção destes profissionais no conjugado dos métodos de trabalho, destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão, e por um conjunto de necessidades que se definem, a partir das condições históricas, sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. (ORTIZ e LEVITTE, 2017, pg 91).

### 3.3 SERVIÇO SOCIAL NO HRC E SUAS FORMAS DE DEMANDAS JUNTO AO TRABALHO EM REDE

Na minha atuação como estagiário obrigatório no período de Setembro de 2023 a Junho de 2024, em Serviço Social no HRC, junto a uma supervisão, tive a compreensão de como a atuação do Serviço Social se dá na prática, quais são as ferramentas que o profissional pode usar e quais redes tem eficiência de atender as demandas que surgem. O fato da Ceilândia ser a maior periferia e Região Administrativa com o maior número de habitantes do Distrito Federal (PDAD- A, 2024) acarreta muitas demandas das expressões sociais para o HRC. O Serviço Social possui um papel muito importante para o entendimento e atendimento dessas expressões. A maioria das demandas que chegam são de natureza espontânea, visto que o hospital trabalha no regime de “portas abertas” quando uma instituição de saúde atende não somente, as demandas vindas da sua região, mais de outras também, além dos diversos encaminhamentos feitos pelos outros centros de atenção a saúde, como: as UBS, UPAS e CAPS, outros hospitais e instituições de saúde e social.

O HRC possui uma equipe de seis (06) assistentes sociais para atuar no atendimento das demandas de todo o Hospital que são encaminhadas para o Núcleo de Serviço Social ou que são identificadas na busca ativa, junto aos profissionais de outros nosocômios da unidade, como médicos, enfermeiros, profissionais da saúde, administradores. Volta-se aos pacientes, familiares e acompanhantes para acolhimento, escuta qualificada e encaminhamentos necessários de acordo com a avaliação do profissional. O objetivo da atuação é garantir uma alta segura dos pacientes, assegurando seus direitos sociais, civis e políticos, onde em um contexto hospitalar é bastante abrangente e envolve uma variedade de atividades destinadas a apoiar os pacientes, são elas: executar as políticas públicas de saúde, prestar atendimento social conforme as demandas que surgem, construir estratégias junto à equipe de saúde e instituições públicas, apoiar as iniciativas da população para a unidade, orientar e encaminhar o usuário para acesso aos direitos de cidadão que ele possui, ter presença na equipe multiprofissional, acolher os pacientes e familiares nas suas respectivas dúvidas, realizar a articulação na rede de saúde, mapear e incentivar a rede de serviços de prestação na saúde, e entre outras atividades que possam estar envolvido nas atividades das assistentes na unidade (GDF, 2025) . Deve adotar uma postura ética-profissional durante a atuação e prática, visando garantir os direitos como cidadão do paciente conforme sua demanda, através do trabalho em rede com as outras instituições, por isso, é importante saber quais são essas

instituições acionadas para as demandas dentro da unidade. Alguma das principais instituições públicas que atuam junto as (os) assistentes sociais do Hospital são: o Jurídico, CRAS, CREAS, CAPS, instituições de acolhimento e de saúde, PCDF, DEAM, DCA, Conselho Tutelar, VIJ, Ministérios públicos, instituições particulares, e outros setores que possam ter abordagem social, que por meio do trabalho em rede, podem receber demandas de sua natureza dentro da política pública, por encaminhamento das (os) assistentes sociais do Serviço Social do HRC.

Como estagiário no curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília (UnB), nessa área, presenciei as diversas formas de demanda que chegavam no NSS (Núcleo de Serviço Social) do hospital para serem atendidas, e nesse texto, vou expor algumas de exemplo, que necessitaram do trabalho em rede no HRC. Muitas eram questões de documentação e identificação do paciente, sendo eles, pacientes que estavam em situação de rua e não possuíam documentação ou eram idosos que acabaram perdendo suas identidades. O assistente social acionava a instituição responsável (PCDF) para recuperar essa identificação, estabelecer contato com familiares e rede de apoio, onde era necessário alguém no núcleo de rede familiar para acompanhar a situação do paciente. Esse procedimento também visava garantir a alta segura do paciente para sua casa ou instituição de acolhimento e o acesso a benefícios assistenciais. Muitos dos pacientes ou os próprios familiares buscavam saber como podiam acessar. Há demandas encaminhadas da equipe de saúde (médicos, enfermeiros e outros profissionais), como abandono de idoso, menor de idade gestante. todas essas demandas, necessitam da articulação em rede, com outras instituições que mediam políticas públicas á sociedade.

No hospital haviam muitos casos de idosos internados com alguma complicação de saúde e que eram abandonados pelas família ou responsável, esses casos eram imediatamente encaminhados para o Serviço Social, para que o idoso posse ser acolhido por alguma instituição ou por algum parente; como assegura o “Art. 2º do Estatuto da Pessoa Idosa: “A pessoa idosa, [...] assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral,

intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.” (BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências). Assegurar essa proteção para a pessoa idosa abandonada, envolvia mais de uma instituição, tais como a Polícia civil, em casos de abandono familiar ou de documentação; de a e o CRAS, em caso de necessidade de benefício assistencial.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária; ( BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.)

Também deve ser assegurada, ainda conforme o Estatuto da Pessoa Idosa, a assistência social, que devem ser acionados como serviços no hospital pelo Serviço Social;

Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.-

-

§ 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei. (BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.)

Toda essa complexidade de necessidades que podem ser apresentadas em demanda por uma paciente idoso, que possui importância e são asseguradas por Lei. Precisam, portanto, serem atendidas de forma emergencial pelas instituições que mediam as políticas, mas na prática, percebi, que essa ação de acioná-los, algumas possuía uma deficiência constatada a partir da demora e burocracia. As instituições de longa permanência para Idoso eram acionadas, no entanto, o processo de acolhimento desse idoso era demorado. Em um dos casos

que eu presenciei junto com as (os) assistentes sociais, um paciente idoso ficou um mês internado com alta no HRC por não conseguir o acolhimento devido, mesmo sendo encaminhado, e acionado a instituições de acolhimento, levou bastante tempo para ser acolhido, um dos motivos, é porque essas instituições possuem perfis de condição, em relação ao idoso, algumas acolhem apenas idosos acamados, com doenças crônicas, ou deficiências, que necessita de acompanhamento médico, já outras só acolhem quando o idoso, é saudável, e não necessita de supervisão médico na instituição. Esse processo afeta, de forma direta o idoso, seja na saúde física e mental, bem como o funcionamento do hospital, pois ele funciona de forma rotativa, onde o paciente não vai permanecer muito, seguindo por um encaminhamento dele para outra instituição, de longa duração, pois o HRC não possui essa função em seus serviços fora da emergência. Deve se pensar nas consequências que essa institucionalização mal respondida pode causar no idoso, tanto na sua saúde física quanto mental, além de lidar com o abandono familiar. Há uma lacuna e negligência na atenção por parte das instituições para esses acolhimentos, no que percebemos que, nessas situações, o trabalho em rede é crucial para um progresso do paciente idoso na sua recuperação, pois ele depende de uma certa instituição de acolhimento, se for necessário.

Um dos mecanismos utilizados pelo assistente social para permitir a satisfação das demandas é o encaminhamento, porém por vezes não traz os resultados esperados devido à trajetória setorial e fragmentada das políticas e da atuação frente à questão social. A esse percurso é somado à burocratização e a falta de cultura institucional que permita o diálogo entre os profissionais, resultado da não existência de uma política intersetorial que direcione, fiscalize e execute na União, nos Estados e Municípios essas articulações. (FRANÇA, M. C. ; CAVALCANTI, P. B, 2013, Porto Alegre)

A Polícia Civil também é acionada em casos de abandono de pessoas idosas, sendo uma das instituições que deve integrar a rede de proteção, atuando em articulação com o Serviço Social do HRC e envolvendo a família ou responsáveis legais. Sua atribuição é promover a responsabilização legal dos envolvidos, por meio de intimações e outras medidas previstas em lei. No entanto, conforme observado em minha experiência profissional, essa atuação nem sempre ocorre de forma eficaz. Há uma evidente morosidade no cumprimento dos procedimentos legais, o que representa um desrespeito ao Estatuto da Pessoa Idosa. No artigo 74 ressalta que: “expedir notificações, colher depoimentos ou esclarecimentos e, em caso de não comparecimento injustificado da pessoa notificada, requisitar condução coercitiva,

inclusive pela Polícia Civil ou Militar;" (BRASIL, Lei no 10.741/2003). Essa é uma natureza de demanda que exige por todas as partes do trabalho em rede, sua atenção e serviços, por estar lidando com a vida de forma direta e suas fragilidades, a recuperação do paciente idoso, e principalmente, abandonado, depende desse conjunto do trabalho em rede entre as instituições junto ao acompanhamento com Serviço Social.

O atendimento a gestantes menores de idade representa uma demanda que exige fortemente a articulação em rede, requerendo um trabalho intersetorial efetivo. O Hospital Regional de Ceilândia (HRC), por ser a principal referência de atendimento secundário na região Oeste do Distrito Federal além de receber pacientes de outras cidades do DF e até mesmo do estado de Goiás registra um elevado número de atendimentos a gestantes, entre as quais muitas são adolescentes. Essa realidade demanda atenção especial, considerando o princípio da prioridade absoluta previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>14</sup> (ECA), Lei nº 8.069/1990. Em diversos casos, a gravidez na adolescência está associada a situações de abuso sexual, o que amplia a complexidade do atendimento e exige o envolvimento de diferentes instituições, bem como a aplicação de políticas públicas específicas e o acompanhamento sistemático dessas adolescentes. A adolescente possui seus direitos garantidos desde a Constituição que diz no Artº 227 dos órgãos de proteção:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (EC no 65/2010)

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas [...] (BRASIL, CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988, pg. 81).

O ECA também articula esses cuidados fundamentais da Criança e Adolescente, que devem ser seguidos e acionados:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as

---

<sup>14</sup> O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi criado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Parágrafo único. Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, con- Lei n 11 o 8.069/1990 dição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem.

Art. 7o A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nasci- 12 Estatuto da Criança e do Adolescente mento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

O Serviço Social deve acionar o Conselho Tutelar para acompanhar adolescentes gestantes que, no momento da alta hospitalar, não possuem contato com os pais ou responsáveis legais. A assinatura do responsável é um procedimento padrão exigido pela maternidade para a liberação da paciente. Nesses casos, o Conselho Tutelar da região de residência da adolescente assume a responsabilidade de autorizar a alta e realizar o acompanhamento necessário, caracterizando uma ação típica de trabalho em rede entre o Serviço Social e o Conselho Tutelar. Além de assegurar a confidencialidade e o profissionalismo durante todo o processo, o Conselho Tutelar tem o dever de acompanhar a adolescente em suas passagens pelas unidades de saúde, supervisionar os procedimentos realizados e garantir sua permanência e frequência escolar. Também deve zelar pela proteção integral tanto da adolescente quanto do bebê, assegurando acesso à educação, saúde, acolhimento e, quando necessário, encaminhamento a instituições especializadas ou a serviços específicos.

Cabe ainda ao Conselho garantir o acesso a benefícios governamentais, promover um convívio familiar saudável e acompanhar o envolvimento da adolescente com sua rede de apoio, sempre respeitando os princípios de sigilo, ética e prioridade absoluta estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. A questão da escolaridade dessa adolescente ao o que a Lei N° 6.202, de 17 de Abril de 1975 fala;

Art. 1º A partir do oitavo mês de gestação e durante três meses a estudante em estado de gravidez ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei número 1.044, 21 de outubro de 1969.



Parágrafo único. Em qualquer caso, é assegurado às estudantes em estado de gravidez o direito à prestação dos exames finais. (BRASIL, Lei Nº 6.202, CONGRESSO NACIONAL. 1975)

No campo de estágio no HRC, percebi o quanto os Conselhos Tutelares, se diferenciam entre eles, nas formas de atendimento quando eram acionados para acompanhar tais casos; sua seriedade, procedimentos, posições, sigilo e profissionalismo; todos os conselheiros e suas formas de acolhimento, localização, estrutura oferecida pelo governo, formação dos conselheiros e envolvimento da comunidade local, todos esses aspectos se diferenciavam uns dos outros. Percebi acompanhando esses casos no HRC, o quanto alguns conselheiros atuavam de forma que seguiam a procedimentos em relação a proteção do adolescente com base nos princípios do ECA, e que outros atuavam desrespeitando os princípios de proteção para essa adolescente conforme o ECA, nos seus próprios princípios, com base em religião, moralidade, opiniões adversas, ou intimidade. Cada conselho agia de forma diferente, até nas formas de se apresentarem no Hospital quando eram acionados, alguns iam de imediato ao hospital para acompanhar o caso e já outros levavam um certo tempo; segundo o CONANDA<sup>15</sup>;

Art. 6º O Conselho Tutelar é órgão público não jurisdicional, que desempenha funções administrativas direcionadas ao cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, sem integrar o Poder Judiciário.

Art. 7º É atribuição do Conselho Tutelar, nos termos do art. 136 127 do Estatuto da Criança e do Adolescente, ao tomar conhecimento de fatos que caracterizem ameaça e/ou violação dos direitos da criança e do adolescente, adotar os procedimentos legais cabíveis e, se for o caso, aplicar as medidas de proteção previstas na legislação. (Resolução n. 75/2001 do CONANDA)

O Conselho Tutelar possui uma grande importância em trabalho em rede para o acompanhamento desses casos da maternidade no HRC, que além de necessitar formações relevantes e conhecimento da sociedade para que possa prestar seus serviços de forma profissional e ética, visando sempre o bem-estar da criança ou adolescente. Como órgão possui autonomia sobre seu funcionamento em relação a dependência de alguma dos poderes executivo, legislativo e judiciário ou ao ministério público (CONANDA 2001); mais em

---

<sup>15</sup> Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Ele foi criado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991, como um órgão deliberativo e controlador das políticas públicas voltadas à infância e adolescência no Brasil.

relação a administração e votação possui participação da sociedade. É importante refletirmos sobre o funcionamento dessa instituição, mesmo com sua autonomia; se seus serviços de prestação estão sendo executados com finalidade nos direitos das crianças e adolescentes; se como nesses casos que surgem no HRC, são devidamente atendidos usando suas políticas para o total acolhimento dessa adolescente que apresenta uma questão social totalmente fragilizada na unidade de saúde.

Identificar situações de violação de direitos e encaminhá-las aos serviços adequados, como escolas, unidades de saúde, assistência social, Ministério Público, Judiciário, entre outros, atuar de forma integrada com esses setores, o Conselho fortalece a rede de proteção, contribuindo para respostas mais eficazes, humanizadas e coordenadas. Essa articulação é essencial para garantir que as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade recebam o atendimento completo e continuado que precisam, rompendo com a lógica fragmentada de atendimento e promovendo a responsabilidade compartilhada entre as instituições.

Devemos entender que a Intersetorialidade e sua ação no HRC possui a responsabilidade de atender e superar as demandas fragmentadas que vem junto aos usuários da unidade, usando toda eficácia de seus setores e políticas de prestação; esse dever é extremamente importante dentro de uma unidade de saúde como o HRC que recebe muito das expressões sociais vindas da Ceilândia, maior periferia populacional do DF e de outras RAs da Região Oeste. A frente de todas as naturezas de demandas do hospital, é importante repensar os fundamentos do trabalho em rede e sua gestão intersetorial e se de fato elas conseguem atender as demandas e acompanhá-las.

O Conselho Tutelar atua como mediador e fiscalizador dos direitos e das políticas de atendimento à criança e ao adolescente, constituindo um órgão que proporciona uma aproximação entre a sociedade e o Estado.” (PASE, Hemerson, *et al.* Rio de Janeiro. 2020)

Com a minha experiência de estágio em Serviço Social no HRC, analisando e de forma crítica, pude perceber essa grande necessidade e importância trabalho em rede no hospital e sua forma de atendimento. Sua integração e a colaboração entre diferentes setores, como os Conselhos Tutelares, Instituições de acolhimento, Polícia Civil, alguma das instituições que de exemplo nos casos de demanda que foram citados, precisam dos seus

serviços, entre os profissionais de saúde e os que tem relação com as políticas públicas, garantindo um atendimento mais completo, eficiente e humanizado aos pacientes. Por meio dessa articulação, o hospital consegue organizar melhor os fluxos de cuidado, desde o diagnóstico até o tratamento e a reabilitação, além de facilitar o encaminhamento para serviços especializados quando necessário. Aos vários casos que chegam no Serviço Social do HRC, suas naturezas se diferenciam, enquanto alguns casos exigem apenas informações e encaminhamentos simples, outros demandam um acompanhamento contínuo e a articulação com redes externas de proteção, como serviços de assistência social, abrigos ou programas de saúde pública.

As diversas demandas que surgem, refletem a complexidade do contexto em que os pacientes e suas famílias estão inseridos, exigindo do serviço social uma atuação flexível, sensível e multifacetada para atender às necessidades específicas de cada situação. É o sucesso para atendimento e acompanhamento vão depender, além do tipo de demanda, das instituições públicas que prestam serviços a comunidade, como a Ceilândia/DF, o trabalho em rede facilita o compartilhamento de informações, a troca de experiências e a articulação de ações coordenadas, evitando a duplicidade de esforços e garantindo que as necessidades sejam atendidas de forma mais completa e eficaz. Essa cooperação também promove uma visão mais ampla das demandas, permitindo intervenções que considerem os múltiplos aspectos sociais, econômicos e de saúde envolvidos. O trabalho em rede no HRC é extremamente importante para entender o quão grande são as formas de expressões sociais vindas da região e sua natureza; em como ela pode atender todas as ramificações sociais do usuário e quais políticas devem ser usadas junto com Serviço Social.

Frente às postulações referentes à Assistência Social, bem como a Saúde, ressalta-se existência de um consenso sobre a relevância da intersetorialidade, no âmbito da proteção social integral. Concomitantemente, as postulações destas políticas revelam que a articulação intersetorial supõe a interação e comprometimento das diversas políticas públicas. Deste modo, pode-se afirmar que a intersetorialidade é uma proposta ousada. As indicações encontradas no campo da política social apontam que a concretização da proteção integral tem sido historicamente dificultada, de modo à intersetorialidade ainda é uma tarefa por fazer. Com efeito, na consolidação da integralidade das políticas e serviços públicos, a intersetorialidade coloca desafios tanto no plano da gestão das políticas públicas, como no plano das práticas profissionais.” (SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. 2010, pg 71)

## CONCLUSÃO

Estagiar no Hospital Regional da Ceilândia/DF, me fez ter conhecimento desse tema a parti de uma análise e observação sobre as demandas que surgiam, acompanhando a rotina de atuação dos assistentes sociais através do Núcleo de Serviço Social da unidade. A vivência no campo de estágio me permitiu compreender que o trabalho em rede apresenta dois extremos: por um lado, serviços que de fato funcionam e respondem às demandas sociais; por outro, serviços que não conseguem efetivar sua proposta, comprometendo o atendimento integral. Perceber essa dinâmica foi fundamental para entender a importância da articulação em rede dentro de uma unidade de saúde, especialmente em contextos marcados por intensas expressões da questão social. O trabalho em rede revela-se essencial, junto ao Serviço Social, para garantir a proteção social e integral aos usuários atendidos no hospital. Essa experiência também possibilitou observar, na prática, como ocorre a integração entre os serviços públicos e como estes lidam com as diversas demandas que emergem de regiões periféricas como Ceilândia, outras Regiões Administrativas do Distrito Federal e áreas do entorno.

Compreender o início da inserção do Serviço Social na saúde, especialmente no contexto da Reforma Sanitária, é fundamental para entender como a profissão se consolidou nesse campo. Essa trajetória histórica está marcada pela luta por direitos sociais e pela defesa de uma atenção à saúde mais ampla, integral e humanizada em sintonia com os princípios do SUS e com a lógica do trabalho em rede. Esse conhecimento também permite reconhecer o papel estratégico dos assistentes sociais na promoção da equidade, no enfrentamento das desigualdades e na defesa do acesso universal aos serviços públicos, sobretudo em regiões vulneráveis como Ceilândia/DF.

Além disso, a compreensão do conceito de intersetorialidade é indispensável, pois ele propõe a articulação entre diferentes setores e políticas públicas, como saúde, educação, assistência social e segurança para enfrentar os problemas sociais complexos de forma integrada. Para mim, está próximo da realidade do lugar que existe os trabalhos das instituições, é como você pode compreender o conceito de trabalho em rede, em cada lugar

ela manifesta de uma forma diferente. Essa abordagem amplia a compreensão das necessidades da população e favorece o diálogo entre profissionais de distintas áreas. Como destacam Mioto e Schutz (2010), a intersetorialidade, apesar de sua relevância institucional, também apresenta desafios, pois a oferta de múltiplos serviços nem sempre garante a efetividade no atendimento das demandas, exigindo uma gestão cuidadosa das ações em rede. A atuação articulada entre o Serviço Social e as redes de serviços públicos torna-se ainda mais relevante em territórios marcados por desigualdades, como Ceilândia e cidades do entorno, frequentemente atingidas por pobreza, vulnerabilidade social e violação de direitos.

O assistente social é apresentado como um elo fundamental entre a comunidade e os serviços públicos, promovendo o acesso a direitos e articulando políticas sociais em territórios marcados por vulnerabilidades. Nesses contextos, o assistente social atua como elo entre os usuários e os serviços públicos, promovendo o acesso a direitos, identificando demandas emergentes e articulando ações com outras políticas públicas, como educação, habitação e assistência social. Como estagiário de Serviço Social, acompanhar de perto o funcionamento do trabalho em rede em uma importante unidade de saúde da região onde resido foi uma experiência extremamente significativa, vivenciar como essas instituições funcionam, me aproximou de uma realidade que estou perto, da cidade onde moro, e de suas expressões sociais, tive um entendimento em como elas funcionam dentro de uma unidade de saúde, lidando com diversas demandas, que envolviam questões de; violência, gestação, altas seguras, pessoas em situação de rua, pessoas idosas, benefícios sociais e outras. Em como, na prática, as instituições prestavam seus serviços junto com Serviço Social, como; Conselhos Tutelares com as demandas de gestantes adolescentes, Polícia Civil com potenciais crimes vindos de demanda, Instituições de acolhimento com pacientes que necessitam de vaga. Isso me possibilitou compreender, de forma concreta, como as múltiplas dimensões das demandas sociais são abordadas na prática profissional em articulação com diversas instituições.

## REFERÊNCIAS

SCHÜTZ, F. ; MIOTO, Regina Celia Tamasso . Intersetorialidade e Política Social: subsídios para o debate. Sociedade em Debate (UCPel) , v. 16, p. 61-77, 2010.

VASCONCELOS, A. M. . Serviço Social e Práticas Democráticas - 5a Edição. In: Bravo, M.I.S.; Pereira, P.A.P.. (Org.). Política Social e Democracia. 5ed.São Paulo: Cortez, 2012, v. 1, p. 116-140.

GUERRA, Y. A. D. ; FORTI, V. L. . Na pratica a teoria é outra?. In: Yolanda Guerra; Valeria Forte. (Org.). Serviço Social: temas, textos e contextos. 3ed.Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012

FRANÇA, M. C. ; CAVALCANTI, P. B. . A intersetorialidade e o assistente social na saúde. In: Seminário Internacional Sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família, 2013, Porto Alegre

JUNQUEIRA, L. A. P. . A Gestão Intersetorial das Políticas Sociais e o Terceiro Setor. 2005.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro ; MIOTO, Regina Celia Tamasso . Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: Mota, Ana Elizabete; Bravo, Maria Ines Souza; Uchoa, Roberta; Nogueira, Ver; Marsiglia, Regina; Gomes, Luciano; teixeira, Marlene. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 1ed.São Paulo: Cortez, 2006

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, BRASILIA, 2009

CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social. BRASILIA. 2007.

SILVA, J. A; O CÓDIGO DE ÉTICA DO/A ASSISTENTE SOCIAL E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO: UMA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE MUDANÇAS, FLORIANÓPOLIS - SC. 2015

LEVITTE, A, T. e ORTIZ, A, F.SERVIÇO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), Revista Maiêutica, Indaial – SC. 2017

BRAVO, M. I. S. . Política de Saúde no Brasil. In: Ana Elizabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4ed.São Paulo: Cortez, 2009, v. 1, p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza ; MATOS, Maurílio Castro . Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: Ana Elisabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006

BRAVO, M. I. S. ; CORREIA, M. V. C. . Desafios do controle social na atualidade. Serviço Social & Sociedade , v. 109, p. 126-150, 2012.

BEHRING, E. R. . Fundamentos de Política Social. In: Ana Elizabete Mota; Maria Inês de Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e Trabalho Profissional. 1ed.São Paulo: Cortez Editora, 2006

TUMELERO, Silvana Marta . Intersetorialidade nas políticas públicas. GUAJU REVISTA BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL , 2018.

ISABEL, Maria et al. POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERSETORIALIDADE EM DEBATE. Brasil. 2014.

COSTA e ABEPSS, O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais

SARRETA, Fernanda de Oliveira . O trabalho do assistente social na saúde pública. CIÊNCIA ET PRAXIS (ONLINE) ,, 2008.

PINHEIRO, Hamida Assunção ; SANTOS, G. V. . Trabalho profissional do/a assistente social na atenção básica da saúde pública. In: XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2022, Brasília. Anais do XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Brasília: ABEPSS, 2022.

PASE, Hemerson, et al. O Conselho Tutelar e as políticas públicas para crianças e adolescentes. Rio de Janeiro. 2020

CONSELHO Nacional dos Direitos da Criança. Resoluções (CONANDA), junho de 1993 a setembro de 2004. Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social. Brasília, DF, 1993

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República,



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE CEILÂNDIA. A história de Ceilândia. 2021. Disponível em: <https://www.ceilandia.df.gov.br/2019/11/08/a-historia-de-ceilandia/> . Acesso em: 15/07/25

SES-DF. Hospital Regional de Ceilândia terá pronto-socorro ampliado. 2023. Disponível em: <https://segov.df.gov.br/w/hospital-regional-de-ceilandia-tera-pronto-socorro-ampliado>. Acesso em: 15/07/25

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde, Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 2007, pg 36 e 37

MEDEIROS, Juliana. Os Desafios da Intersetorialidade no âmbito do SUAS, 2019. Disponível em: <https://blog.gesuas.com.br/intersetorialidade-suas>