

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA*

**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Bárbara Portes Gomes

**SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE: DESAFIOS QUANTO  
À ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ASSISTÊNCIA**

Santa Maria, RS

2018

**Bárbara Portes Gomes**

**SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE: DESAFIOS QUANTO À  
ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ASSISTÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social  
da Universidade Federal de Santa Maria  
(UFSM, RS), como requisito parcial para  
obtenção do grau de **Bacharela em  
Serviço Social.**

Orientador: Prof. Dr. Jairo da Luz Oliveira

Santa Maria, RS

2018

**Bárbara Portes Gomes**

**O ASSISTENTE SOCIAL, DEMANDAS, CONTEXTOS E DESAFIOS  
QUANTO A ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ASSISTÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharela em Serviço Social**.

**Aprovado em 13 de DEZEMBRO de 2018:**

---

**Prof. Dr. Jairo da Luz Oliveira**  
(Orientador)

---

**Profa. Ms. Nadiana Marques**

Santa Maria, RS

2018

## DEDICATÓRIA

*A Deus, ao qual atribuo minha vida, por manter meu coração com fé e esperança para a conclusão desta tarefa. O fôlego da vida d'Ele foi meu sustento e coragem para questionar realidades e pensar sempre em novas possibilidades para ver o mundo.*

## AGRADECIMENTOS

Acredito que nada seja em vão em minha vida, por isso a existência da fé em um Deus inabalável tenha sido tão crucial em minha formação acadêmica. À confiança, à saúde, a paz e o ânimo em concluir a tão almejada graduação veio d'Ele com toda a certeza.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Maria, seu corpo docente, direção e administração, que oportunizaram a abertura da janela pela qual hoje vislumbro um horizonte amplo e cheio de novas oportunidades.

Ao meu estimado orientador, Jairo da Luz Oliveira, pelo suporte acadêmico, pelas palavras de incentivo e compreensão, pelas suas dicas e correções.

À minha família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Agradeço à minha mãe, Marly Portes Gomes, por ser forte e me apoiar com cuidados que só uma mãe tem pelo filho. Ao meu irmão, Eliézer Portes Gomes, por se preocupar comigo e agir como um pai desde que me conheço por gente. Tenho a certeza que nosso pai teria extremo orgulho do homem que tu te tornaste.

Agradeço ao meu cunhado, Alexandre Lopes, e à minha irmã e melhor amiga, Bianca Lopes, por acreditarem ser possível e me verem como assistente social.

À minha irmã, Débora Costa, e aos sobrinhos, William e Liza por, serem tão próximos, assim como ao Gabriel, que é uma espécie de irmão mais novo/filho, por ser uma benção nos meus dias.

Em especial, agradeço ao meu noivo, André Martins, por dividir suas ideias, por ter uma escuta tão sensível aliada a uma espécie de paciência que está em extinção nos relacionamentos. Obrigada por ser um excelente parceiro de vida.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## RESUMO

### SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE: DESAFIOS QUANTO À ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ASSISTÊNCIA

AUTORA: Bárbara Portes Gomes  
ORIENTADOR: Prof. Dr. Jairo da Luz Oliveira

O presente estudo consiste no projeto de Trabalho de Conclusão de Curso que irá organizar a monografia final, a qual é exigida para a conclusão do curso de Bacharelado em Serviço Social. O objetivo foi a análise crítica do fazer profissional cotidiano e a colaboração do mesmo nos enfrentamentos da questão social referentes às demandas relacionadas à Política de Saúde com vistas a contribuir na reflexão sobre o acesso aos direitos sociais. O objetivo foi identificar os desafios e as perspectivas do trabalho do assistente social, no que diz respeito à saúde, já que ela é caracterizada como direito de todos e dever do Estado, segundo a Constituição Federal (1988), mas que enfrenta diversos problemas em relação à efetivação dela como direito social. Destaca-se a trajetória da saúde no Brasil até ser assegurada em Lei, faz-se menção às políticas públicas, e finaliza-se com dois relatos da intervenção da estagiária.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Saúde; Direito social.

## **ABSTRACT**

### **SOCIAL SERVICE IN THE CONTEXT OF HEALTH: CHALLENGES AS TO THE ARTICULATION WITH THE NETWORK OF ASSISTANCE**

AUTHOR: Bárbara Portes Gomes  
ADVISOR: Jairo da Luz Oliveira

This work is the result of the experience of curricular internship in Social Work, carried out at the Medical Clinic Unit, located on the 5th floor of the Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). During the internship, which covered the period between April 2018 and October 2018, the aim was to apprehend the professional practice of the social worker in a Clinical Treatment Unit, as well as to intervene with a Social Service orientation in health, in relation to the users who need social and assiduity monitoring and access to the Unified Health System (SUS), identifying this particular profile. The present work aims to identify the challenges and perspectives of the social worker's work, with regard to health, since it is characterized as the right of everyone and the duty of the State, according to the Federal Constitution (1988), but it faces various problems in relation to its effectiveness as a social right. It highlights the trajectory of health in Brazil until it is assured in Law, mentions public policies, and ends with two reports of the trainee's intervention.

**Keywords:** Social Service; Health; Social Law.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL</b>	<b>13</b>
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL	18
<b>3 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA– ESPAÇO DA PRÁTICA DO ESTÁGIO</b>	<b>24</b>
3.1 ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	26
3.2 DESVELANDO O OBJETO DE ANÁLISE	29
3.3 CONCLUSÃO DOS CASOS	33
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>





## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo consiste no projeto de Trabalho de Conclusão de Curso que organizará a monografia final que é exigida para a conclusão do curso de Bacharelado em Serviço Social. O objetivo do estudo é fazer uma análise crítica do fazer profissional cotidiano assistente social, assim como da colaboração desse profissional nos enfrentamentos sociais referentes às demandas relacionadas à Política de Saúde, com vistas a contribuir na reflexão sobre o acesso aos direitos sociais. O trabalho consistirá em uma reflexão teórica, utilizando-se de artigos científicos, livros, materiais online, dentre outros. Ademais, o relatório teórico-prático das vivências do Estágio Curricular em Serviço Social I e II está sistematizado em documentos como: diários de campo, projeto de intervenção, relatórios finais, análise institucional, dentre outros.

Este trabalho é resultante da experiência de Estágio Curricular em Serviço Social, realizado na Unidade de Clínica Médica, localizada no 5º andar do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Durante o estágio, que compreendeu o período entre abril/2018 e outubro/2018, procurou-se apreender a prática profissional do assistente social em uma Unidade de Tratamento Clínico. Ainda, buscou-se participar, com direcionamento do Serviço Social na Saúde, do contexto dos usuários que necessitam de acompanhamento sócio-assistencial e que acessam o Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o estágio supervisionado, foi possível observar os entraves para o acesso às políticas públicas e as frágeis condições socioeconômicas que perpassam a vida dos usuários. Tais condições dificultam a reorganização do cotidiano para a adaptação a uma nova realidade que engloba o enfrentamento de uma doença, especialmente para pacientes em estado estável, porém crônico de saúde; a exemplo de pessoas vítimas de acidentes de carro ou acidente vascular cerebral (AVC).

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), viver com boa disposição física e mental significa estar em um estado de normalidade do funcionamento do organismo humano, tendo em vista que o bem-estar social entre os indivíduos é uma das características que definem o conceito de saúde. O contrário desta definição será explanado por meio de dois casos apresentados no terceiro capítulo deste

trabalho. Tendo em vista que os desafios na articulação com a rede de assistência, bem como a fragilização de vínculos familiares, colaboraram para o agravamento dessas situações.

Este Trabalho de Conclusão de Curso também abrangerá o processo das ações de articulações com a rede, ou seja, ações que envolvam a totalidade da rede de assistência social e que impliquem na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos. Tais articulações se dão com a finalidade de proporcionar melhores resultados aos indivíduos que buscam apoio no Serviço Social de Saúde: por meio delas, torna-se possível produzir soluções inovadoras para a melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos – cuidador, paciente, profissionais da rede e hospital. Essa dinâmica de assistência também propicia que cada setor amplie sua capacidade de analisar e transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes.

O Art. 8º do Código de Ética do Assistente Social considera que são deveres desse profissional: programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente. Por conseguinte, este trabalho visa problematizar essas demandas e versar sobre a importância da ação deste profissional, indo além da simples identificação da necessidade eminente de sua atuação, a fim de contribuir com o reconhecimento do Serviço Social existente no espaço hospitalar, sendo possível fortalecer a compreensão da importância do atendimento do profissional durante e após a internação.

Com base na Constituição Federal Brasileira, o acesso à saúde pública, gratuita e de qualidade é um direito de todos e deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos à saúde. Ainda:

a Lei 8.080, no artigo 3º define como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais e as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade as condições de bem-estar físico, mental e social (CF, 1988).

Apesar de nos hospitais públicos a gestão dos recursos tenha se mostrado ineficaz e de o Hospital Universitário ser referência em atendimentos e em demandas específicas, observou-se uma lacuna entre os serviços prestados pelo hospital em relação à rede de assistência municipal e demais comarcas que fazem uso do atendimento hospitalar.

Para melhorar a comunicação e a garantia de acessos aos atendimentos, é urgente a necessidade de uma reforma na administração de sua estrutura funcional para que se possa caminhar de forma coesa com a lei, assegurando à população – principalmente a mais vulnerável – o acesso aos seus direitos à saúde, promovendo, assim, a inclusão das parcelas mais vulneráveis aos direitos sociais. A realidade de milhões de brasileiros é sofrida no que diz respeito à questão salutar, haja vista que o Sistema Único de Saúde (SUS) atende cerca de 150 milhões de brasileiros, de acordo com estimativas do governo federal.

## 2 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Longa é a trajetória que a saúde trilhou até ser assegurada como direito universal pela Constituição Federal de 1988. Neste aporte histórico, trataremos a superação dos modelos de atenção precários e limitados. Tal superação teve início na década de 1960 e perdura até os dias atuais.

É importante salientar que o Serviço Social surge enquanto profissão para amenizar o agravamento das mazelas sociais, assumindo a função de executor de ações destinadas à população mais carente, além de ter por objetivo, no contexto de seu surgimento, amenizar os conflitos entre a classe proletária e a burguesa. Segundo Karl Marx, as classes não são somente uma ideia dos economistas ou dos sociólogos: tratam-se de uma realidade material que influencia o comportamento de quem as compõem (MARX; ENGELS, 2015)

Iniciaremos pelo ano de 1960, quando foi iniciado um movimento muito importante para a categoria dos trabalhadores assistentes sociais – não só no Brasil, mas em toda a América Latina. Esse movimento deu partida ao processo de reconceituação e de reflexão para a categoria dos assistentes sociais, abrindo espaço para o questionamento e o rompimento com o conservadorismo profissional, havendo, portanto, rompimento com as ações de cunho moralista atrelados à prática caritativa. Tal movimento denomina-se Movimento de Reconceituação. (V de Paula Faleiros, 1999).

Segundo o autor Faleiros, esse Movimento teve a duração de 15 anos, enfrentou o percalço de um governo militar instaurado em 1964 e objetivou a ruptura com a prática do velho Serviço Social, ou seja, aquele fortemente ligado à caridade tomista, com foco no assistencialismo ao indivíduo e não emancipador das políticas sociais. O resultado do Movimento da Reconceituação foi a definição da direção política e ideológica da profissão, fundamentada no compromisso com a defesa de direitos da classe trabalhadora, além de visar à construção de uma nova ordem societária.

Outro marco na trajetória foi a Reforma Sanitária, situada na década de 1980. E em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional da Saúde, na qual foi reformulado o Sistema Nacional de Saúde. Ademais, foram discutidos e aprovados temas como o

fortalecimento do setor público de saúde, a expansão da cobertura a todos os cidadãos e a integração da medicina previdenciária à saúde pública, constituindo-se, assim, um sistema único. Tal Sistema foi criado por profissionais da saúde que tinham um olhar crítico sobre o sistema de saúde vivenciado pelo país, os quais propuseram a reestruturação do sistema. Conforme Geschman (1995), esse profissionais compunham um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor que tinham como referência a Reforma Sanitária Italiana.

Temas específicos, como a hierarquização dos cuidados médicos conforme sua complexidade e especialização e a participação popular nos serviços de saúde, também foram amplamente discutidos (PAIM, 2008). Em seu relatório final, Paim entendeu-se a saúde em um sentido mais amplo, não somente como ausência de doença e sim como o resultado de boas condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas também como uma forma de organização da produção da sociedade e das desigualdades que existem nela.

No final da década de 1980, então, criou-se a Constituição Federal de 1988, que trouxe como responsabilidade do Estado garantir saúde a toda população. Com isso, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde que descreve o funcionamento desse sistema. No Art. nº 196 da Constituição Federal de 1988, foi assegurado que a saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença – e de outros agravos – e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988).

Nesse contexto, o Serviço Social recebia as influências dessa conjuntura de luta política; contudo, a preocupação central da categoria nesse momento era a disputa pela nova direção a ser dada à profissão. Por esse motivo, não foi identificada uma participação diretamente ligada ao movimento pela reforma sanitária (BRAVO; MATOS, 2009, p. 204). Nessa mesma década o Serviço Social se aproxima da tradição marxista – principalmente no âmbito acadêmico –, e a atuação e intervenção permanecem até a década de 1990 com reflexos primários desse amadurecimento teórico-crítico constatados pela desarticulação da categoria com o

Movimento da Reforma Sanitária, havendo pouca produção em relação à demanda do Serviço Social no âmbito da Saúde (CFESS, 2010).

O Direito à Saúde compõe a seguridade social, sendo esta um conjunto de ações que visa uma sociedade mais justa e igualitária, buscando promover o bem-estar de todos, diminuindo as diversas expressões de desigualdade, como a fome e a pobreza. Esse direito garante segurança e proteção ao cidadão. A seguridade social é composta pelo tripé previdência social, assistência social e saúde. (IBRAHIM, 2005)

Conforme explica Boschetti (2006), os direitos da seguridade social foram baseados em dois modelos: o bismarckiano e o beveridgiano. O primeiro modelo caracteriza-se como um sistema de seguros sociais, cuja condição para acessá-lo é a contribuição prévia de empregados e empregadores de acordo com a folha de salários, cujos benefícios são predispostos em Caixas geridas pelo Estado. Já o segundo modelo apresentou críticas ao primeiro, e nele é prezado a universalização dos direitos mínimos sociais, garantindo a todos que se encontram em condições de necessidades.

Enquanto os benefícios assegurados pelo modelo bismarckiano se destinam a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho, o modelo beveridgiano tem como principal objetivo a luta contra a pobreza (BEVERIDGE, 1943), segundo esclarece Boschetti (2006). A diferença desses dois modelos contribuiu para que houvesse diferentes formas e modelos de seguridade social nos países capitalistas. No Brasil, os princípios do modelo bismarckiano predominam na previdência social, e os do modelo beveridgiano orientam o atual sistema público de saúde – com exceção do auxílio-doença, tido como seguro saúde e regido pelas regras da previdência – e de assistência social, o que faz com que a seguridade social brasileira se situe entre o seguro e a assistência social (BOSCHETTI, 2006).

Já assegurada em Lei, a saúde passa a ser um direito universal e igualitário, ou seja, não faz acepção de pessoa e não trata apenas da ausência de doença, mas apresenta uma maior abrangência, trabalhando em relação às desigualdades sociais. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para

a promoção, a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Regulamentada em todo o território nacional, tal lei regulamenta as ações e os serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990). A lei nº 8.080/90 dispõe de um conjunto de ações e serviços de saúde constituindo o SUS, tendo como disposições gerais em seus artigos 2 e 3, respectivamente:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi constituído em 1990 por um conjunto de ações e serviços de saúde, por meio da gestão pública, organizado hierarquicamente por redes regionalizadas em todo o território nacional. O SUS, como política pública, construída e constituída a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988, trata-se de um experimento social que está dando certo, sendo seus avanços inquestionáveis, apesar de enfrentar enormes desafios e ter de superá-los (MENDES, 2011).

De acordo com o site do Ministério da Saúde, os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde são:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços

deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

**Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

**Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Dos princípios organizativos deste sistema:

**Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

**Descentralização e Comando Único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção

constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Correlacionando os princípios básicos e organizativos do SUS com a importância para que haja a articulação necessária com a Rede de Assistência, o princípio de Integralidade, que pressupõe essa articulação da saúde com as demais políticas públicas, será exemplificado no decorrer deste trabalho.

Ao concluir minha experiência de estágio no Hospital Universitário, pude observar e intervir junto com a assistente social Liamar Donati em dois casos em que o princípio da Integralidade foi assegurado aos pacientes. Foi garantido a eles o tratamento e a reabilitação, não mais no ambiente hospitalar, mas sim em suas residências, onde o apoio da família e amigos colabora para uma melhor qualidade de vida e para a recuperação. O princípio da Integralidade trata de garantir o acesso às políticas públicas que beneficiarão, a longo prazo, a vida dessas pessoas.

## 2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL

Desde de que o Brasil se tornou independente, a busca pela melhoria da saúde aconteceu em diversos momentos na história do país, evidenciando uma evolução desde a Revolta da Vacina, que durou dos dias 10 a 23 de novembro de 1904. Nesse contexto, forças repressivas mapearam a cidade e o estado de sítio foi decretado no Rio de Janeiro e em Niterói. Quando a revolta foi pulverizada, "a repressão aproveitou para fazer uma 'limpeza' preventiva nas áreas consideradas suspeitas pelas autoridades. Os presos, em torno de setecentos, aguardaram na Ilha das Cobras antes de serem enviados para o Acre" (LOPES, 1988). Essa Revolta foi um grande marco, evidenciando como eram tratadas questões de epidemias. Atualmente, trabalha-se com a conscientização e esclarecimento da importância da vacinação, além de informações sobre como se prevenir doenças através de atitudes simples de limpeza e não acumulação de lixo.

A lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904, institui a vacinação da população como obrigatória. No início do século XX, a criação de vacinas surgiu para lutar contra as doenças epidemiológicas, a exemplo da varíola, pois esta doença prejudicava tanto a produção quanto a exportação do café. Era de extrema importância controlar as doenças na intenção de preservar as boas relações comerciais com o exterior, além de manter a política de imigração. Estava declarada a luta contra a peste bubônica, a febre amarela, a tuberculose e a varíola. A despeito disso, vale apontar como legado da República Velha a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP, 1897), as Reformas das competências da DGSP (OSWALDO CRUZ, 1907) e as Caixas de Aposentadoria e Pensão (LEI ELOY CHAVES, 1923). Tais medidas significaram uma incipiente assistência à saúde pela previdência social e, apesar de a sociedade ainda ser rural, iniciava-se um período de transformações sociais que seria acelerado na primeira metade do século XX. (RIBEIRO, 2018).

No período denominado República Velha, até a Revolução de 1930, a Política Nacional de Saúde no Brasil passou a ser administrada pela criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão, administradas por empresas com o intuito de assegurar a manutenção da saúde, sendo uma medida exclusivamente destinada aos trabalhadores.

A primeira Caixa a ser criada foi a dos Ferroviários e entre suas atribuições constava: assistência médica ao funcionário e à sua família, pensões e aposentadorias, eram itens obrigatórios.

No entanto, quando Getúlio Vargas toma o poder em 1930, cria-se o Ministério da Educação e Saúde, em que as caixas são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), os quais, por causa do modelo sindicalista de Vargas, passam a ser dirigidos por entidades sindicais e não mais pelas empresas.

Com início da ditadura militar no Brasil nessa década, uma das discussões sobre saúde pública brasileira se baseou na unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais amplo. Vinculavam-se às atividades de caráter cristão, filantrópico e assistencialista:

O conservadorismo profissional estava restrito à fundamentação filosófica de base neotomista, referenciados nas Encíclicas Papais Rerum Novarum e

o Quadragésimo Ano, que retratavam o pensamento da Igreja Católica sobre o pauperismo e a questão social (GUEDES, 2000).

Na análise de Paulo Netto (2005) a emergência do Serviço Social enquanto profissão na sociedade capitalista se configura num contexto sócio-histórico demarcado pelo acirramento das contradições entre o capital e o trabalho. É nesse contexto que emerge a questão social, tornando-se a base da justificação para a atuação deste tipo de profissional especializado.

Para Netto, a questão social é inseparável do sistema industrial capitalista, sendo determinante ou determinada na relação capital x trabalho. Nesse sentido, a questão social encontra-se radicalmente vinculada à relação contraditória entre a produção social da riqueza, realizada pelos operários por meio da exploração, e o usufruto desta riqueza apenas pelos proprietários dos meios de produção, os burgueses.

Para Yamamoto (2001, p. 16,17), a questão social é entendida como:

conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto à apropriação privada da própria atividade humana o trabalho, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do trabalhador livre”, que depende da venda de sua força de trabalho com meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa portanto disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal.

Nesse sentido, em meados do século XIX, a classe trabalhadora assume seu papel protagonizador das lutas sociais a partir das reivindicações por melhores condições de vida e de trabalho com o “amadurecimento” do capitalismo. Com efeito, ratifica-se a posição de Paulo Netto (2005) ao afirmar que é também pelas políticas sociais que o Estado administra as refrações da questão social, reproduzindo esta sociabilidade e legitimando-a. Independentemente das modalidades e das múltiplas funções que o Estado venha a desempenhar, as suas intervenções são direcionadas de acordo com as necessidades de lucros e das demandas próprias da lógica capitalista. Dentro dessa perspectiva, Yamamoto (2009, p. 19) afirma que “a acumulação de capital não é parceira da equidade, não rima com igualdade.

Verifica-se o agravamento das múltiplas expressões da questão social base sócio-histórica da requisição social da profissão”.

Em 1960, ocorreu a unificação dos IAPs em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos. Em 1967, pelas mãos dos militares, aconteceram a unificação de IAPs e a conseqüente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A Constituição de 1967 prescreveu a criação do seguro-desemprego, o qual foi regulamentado com a denominação de auxílio-desemprego. No mesmo ano, o Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT) foi incorporado à Previdência Social através da Lei nº 5.316, deixando, assim, de ser realizado com instituições privadas e passando a ser financiado por contribuições vertidas ao caixa único do regime geral previdenciário. Surgiu então uma demanda muito maior que a oferta, e a solução encontrada pelo governo foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população. Em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais por meio de empréstimos com juros subsidiados. Em 1977, com a publicação da Lei nº 6.439, operou-se transformação estrutural no modelo previdenciário com a instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Nacional (SINPAS), o qual se destinava a integrar as atividades de previdência social, assistência médica, assistência social e gestão administrativa, financeira e patrimonial, entre várias entidades vinculadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social. A estrutura foi se modificando com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, que ajudou nesse trabalho com os repasses para iniciativa privada.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS. Foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira conferência a ser aberta à sociedade. Ademais, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária, que resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais.

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o Sistema Único de Saúde (SUS).

Devem ser mencionadas algumas informações básicas sobre o SUS, dentre as quais destaca-se o fato de que o governo do Estado é quem implementa políticas nacionais e estaduais, além de ser o principal responsável por organizar o atendimento à saúde em seu território. Outra informação importante é a de que a porta de entrada dos cidadãos ao SUS deve ser preferencialmente a Atenção Básica e, a partir desse primeiro atendimento, o paciente é encaminhado para os outros serviços de maior complexidade, de acordo com sua necessidade.

Conforme a Cartilha Entendendo o Sus (2006), elaborada pelo Ministério da Saúde, as principais redes de atenção de Alta Complexidade são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (diálise); assistência ao paciente portador de oncologia; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); e redes para cirurgia reprodutiva, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita, fibrose cística e reprodução assistida. (BRASIL, 2006).

Com o Pacto pela Saúde (2006), os estados e municípios podem receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento:

- 1 - Atenção Básica;
- 2 - Atenção de Média e Alta Complexidade;
- 3 - Vigilância em Saúde;
- 4 - Assistência Farmacêutica;
- 5 - Gestão do SUS.

Antes do pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, trazendo dificuldades para sua aplicação.

O SUS, não se detém apenas no serviço hospitalar, ele vai além, desenvolvendo outras ações importantes, como a prevenção, a vacinação e o controle de doenças. Ademais, ele faz vigilâncias das condições sanitárias, do saneamento, dos ambientes, da segurança do trabalho; regula o registro de medicamentos, insumos e equipamentos, entre outras atividades. É um sistema rico de detalhes e serviços; entretanto, quando analisado em sua efetivação, pode-se perceber que deixa a desejar (BRAVO, 2007; BOSCHETTI, 2006). É importante destacar o permanente e gradual desmonte da seguridade social, em que os direitos assegurados pela Constituição passam a ser desconsiderados com as contrarreformas.

Esse desmonte também ocasiona, na política pública de saúde, a fragilização de um nítido sistema falido com superlotação, falta de medicamentos e de equipamentos para constatar diagnósticos, adoecimento dos profissionais da saúde, falta de capacidade de abrangência das demandas, entre outros problemas, sendo possível ver que os princípios do SUS, muitas vezes, acabam sendo deixados de lado.

### **3 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA– ESPAÇO DA PRÁTICA DO ESTÁGIO**

Sobre o espaço organizacional, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) tem como visão ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão, propiciando qualidade e bem-estar físico e mental dos usuários. Dentre seus princípios, especificam-se transparência, ética e qualidade nas ações, além de responsabilidade, compromisso, respeito e comprometimento socioambiental.

O HUSM nasceu do desejo do fundador da Universidade Federal de Santa Maria, José Mariano da Rocha Filho, que já previa, em 1960, um hospital-escola na Cidade Universitária. Mas até alcançar a estrutura atual, o caminho foi longo. O hospital-escola começou em 1959, com a criação do Hospital Regional de Tuberculose de Santa Maria, construído na Rua Floriano Peixoto, no centro da

cidade. Em 1970, esse hospital se transformou no Hospital Universitário Setor Centro. Somente em 1º de julho de 1982, doze anos depois, o hospital começou a ser transferido para as instalações que ocupa hoje no campus da Universidade Federal de Santa Maria, no bairro Camobi. No dia 13 de julho, foram transferidos os pacientes, o Laboratório de Análises Clínicas e demais equipamentos. O Regimento interno do HUSM foi aprovado em 16 de dezembro de 1987 na 405ª Sessão do Conselho Universitário. Desde 1994, o Conselho Universitário instituiu o HUSM como órgão integrante da Administração Central.

O HUSM constitui-se como o único hospital público da região, para onde são canalizados pacientes terciários, portadores de complicações clínicas ou cirúrgicas, ocasionando internações de alto custo e alto índice de permanência no hospital. O HUSM presta serviços assistenciais em todas as especialidades médicas e serve de treinamento para alunos de graduação e pós-graduação.

Possui uma infraestrutura composta por alas de Ambulatórios, Enfermarias, Unidades de Tratamento Intensivo (adulto, pediátrico e neonatal) (UTIs), Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Transplantes de Medula e Unidade de Internação Hemato-Oncológica, Unidade Renal, Setor Psiquiátrico, Pronto Atendimento, Laboratório de Análises Clínicas, Serviços de Traçados Gráficos, Setor de Endoscopia, Setor de Radiologia, Setor de Radioterapia, Serviço de Fisioterapia, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Lavanderia, Serviço de Nutrição e Dietética, Almoxarifado, Oficinas de Manutenção e Caldeiras e Arquivo.

Além dessa complexa estrutura, conta também com o Centro de Transplante de Medula óssea (CTMO), que é o único no interior do Estado, sendo referência no atendimento da especialidade e estando habilitado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) nos Serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica.

Pertencente à área administrativa, se concentram a direção-geral, direção clínica, direção de ensino e pesquisa, direção de administração e direção de enfermagem. Nos diversos pavimentos, encontram-se os alojamentos para médicos plantonistas – residentes e contratados – e para os alunos do curso de medicina. Possui, ainda, amplo refeitório para as equipes de plantão e acompanhantes de pacientes.

Os atendimentos prestados à comunidade são realizados nos 356 leitos hospitalares, dos quais 42 leitos são de Unidade de Tratamento Intensivo, além das

53 salas de ambulatórios, 11 salas para atendimento de emergência, seis salas do Centro Cirúrgico e duas salas do Centro Obstétrico. São diagnosticadas e tratadas diversas formas de procedimentos em saúde, sempre procurando aliar tecnologia a uma equipe de profissionais e estudantes treinados e atualizados. Outro fato que ressalta a importância do HUSM é o fato de ser um dos únicos hospitais da Região Centro do Rio Grande do Sul que atende pelo SUS.

Objetivando melhorar os serviços especializados O HUSM contará com uma Central de UTIs, cujo prazo de inauguração é o final de 2018, passando dos atuais 42 leitos para 82 leitos. Esta Central amenizará a falta de leitos de UTIs, a qual obriga pacientes a serem transferidos a outras regiões e deve reduzir a superlotação do Pronto Socorro (PS), onde 10% dos pacientes costumam ficar entubados ou à espera de vaga por UTI.

Quanto à equipe, segundo o Relatório Estatístico de 2016, ela é composta por 169 docentes, 1.099 funcionários do Regime Jurídico Único (RJU), 706 funcionários da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) em nível de apoio, médio e superior, 597 funcionários de serviços terceirizados, além de 2.255 alunos-estagiários de graduação da UFSM – estagiários, residentes, mestrandos e doutorandos.

O envolvimento desta ampla equipe, somados à constante preocupação com o bem-estar dos usuários, faz com que o HUSM desempenhe suas funções com eficiência, legitimando constantemente a sua missão. Segundo as médias anuais de 2015, são realizadas cerca de 13.217 internações, 7.376 cirurgias no Bloco Cirúrgico e 16.022 em pequenas cirurgias ambulatoriais, 2.355 partos, 162.588 consultas ambulatoriais, 27.645 consultas no Pronto Atendimento e 1.042.120 exames.

O hospital também serve como base de atendimento primário aos bairros que o cercam, para o atendimento secundário à população de Santa Maria – a qual é o município sede do hospital – e para o atendimento terciário da Região Centro e fronteira gaúcha. Tem como visão ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão, propiciando qualidade e bem-estar físico e mental dos usuários.

São prestados diversos serviços especializados e de ponta de mercado, o que faz com que a demanda seja superior à sua capacidade física e pessoal. Por isso, o Hospital Universitário precisa se adequar constantemente a essas situações, para que possa continuar prestando seus serviços com a mesma competência e

qualidade já conhecidas pela comunidade nesses mais de 30 anos de atuação. (HUSM, 2016).

### 3.1 ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

O assistente social atua de forma interventiva, investigativa e reflexiva na viabilização dos direitos da população através das políticas sociais. A especificidade do Serviço Social dentro de uma instituição de saúde tem por objetivo identificar os determinantes em saúde revelados nos aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde e doença, buscando formas de enfrentamento individual e coletiva para essas questões (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

São atendidos pelo Serviço Social, usuários com as mais diversas expressões da questão social, não havendo uma idade e um perfil exato da população. Nos acolhimentos e atendimentos, é possível analisar quais são essas expressões da questão social. Muitos usuários não possuem documentação, estão em extrema vulnerabilidade, não sabem dos seus direitos previdenciários, dentre outros aspectos. Portanto, fazem-se necessários encaminhamentos e orientações para a viabilização desses direitos. Outros tantos usuários são dependentes de substâncias entorpecentes, os quais são parte do objeto de intervenção do profissional assistente social, pois ele entra em contato com a rede socioassistencial dos municípios a fim de iniciar ou prosseguir com esse atendimento.

Com isso, as ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio de reflexão sobre condições sócio-históricas a que os usuários são submetidos, devendo haver mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. O assistente social deve ter como base os referenciais teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos da profissão, buscando a garantia da efetivação das políticas públicas para, assim, assegurar os direitos sociais dos usuários.

A competência teórico-metodológica se refere à qualificação do profissional para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. A competência ético-política se traduz no posicionamento político do assistente social diante das múltiplas expressões da questão social, para que consiga ter

clareza da direção social que deve seguir da sua prática profissional. O profissional deve ser crítico-reflexivo para que possa enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes. A competência técnico-operativa é o conjunto de habilidades técnicas que permitem que o profissional desenvolva ações junto à população usuária e às instituições contratantes.

As atribuições e as competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constituídos no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, os quais devem ser observados e respeitados tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. De acordo com o CFESS (2010, p. 39), “os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários, mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional”.

As competências e atribuições dos assistentes sociais, nessa direção e com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

-compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;

-identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado. (ABEPSS, 1996).

A Lei de Regulamentação da Profissão, no seu Art. 4º, estabelece como competências: encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a 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. Mediante isso, torna-se visível o desvelamento da profissão, sendo o trabalho do assistente social indispensável para a garantia dos direitos sociais dos usuários, pois facilita o conhecimento e o entendimento dos conflitos pelos quais podem estar passando ou até mesmo prevenir situações de vulnerabilidade e risco social.

Com o exercício de observação, os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação de externos. A entrevista informal, que se deu por meio da conversa leito a leito, pode ser vista como uma conversa casual, tendo sido útil para verificar o que as pessoas sabem, pensam, crêem, aspiram e temem, principalmente em relação aos cuidados com seus familiares, a reflexão sobre seu autocuidado e a comparação dessas percepções com as de outras pessoas.

A formação em Serviço Social ganha elementos próprios que fazem do estágio momentos de dúvidas, questionamentos e incertezas. Lewgoy (2010) contempla que não há, para o Serviço Social, um método próprio de atuação, de realização do exercício profissional. A atuação dessa profissão depende de variáveis, o que reflete diretamente na experiência de realização do estágio: na maioria das vezes, o choque com essa realidade torna frustrante/decepcionante o primeiro contato do acadêmico com a realidade prática profissional.

Ao desenvolver sua prática, o profissional do Serviço Social se depara com vários desafios e, remetendo ao seu processo de formação, acredita ser possível reconhecer os fatores implícitos de sua herança sócio-histórica, os quais influenciam diretamente no desenvolvimento de sua atuação na atual conjuntura (MARTINELLI, 2012).

No âmbito do serviço de saúde, o trabalho dos assistentes sociais é realizado nas seguintes clínicas: Clínica Geral, Clínica de Traumatologia, Clínica das Cirurgias, Clínica da Psiquiatria, Clínica da Medicina Interna, Clínica Da Neurologia e todas as demais clínicas que apresentam demanda de pronto atendimento social.

Os assistentes sociais, no HUSM, realizam suas intervenções através de suas habilidades e competências, sendo algumas delas: preencher cadastro socioeconômico; prestar orientação social (individual ou coletiva) e encaminhamentos quanto aos direitos sociais; fazer contato com familiares e com a rede socioassistencial e jurídica do município de Santa Maria e de outros municípios; elaborar laudos, pareceres e estudos sociais; registrar os atendimentos sociais no prontuário com o objetivo de subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais e registrar as informações sigilosas em prontuários sociais; realizar acolhimento e escuta qualificada; solicitar providências em relação ao acompanhamento de pacientes (contato com familiares), entre outros.

Para efetivar o fazer profissional, conta-se com uma parceria estabelecida pelo Serviço Social no HUSM, denominada “Amigos do HUSM”, a qual tem por

finalidade ajudar os pacientes mais vulneráveis, com empréstimos de equipamentos de locomoção, respiradores, fraldas, roupas, etc. Outra ferramenta bastante utilizada são as Casas de Apoio, que se localizam nas proximidades do hospital, e recebem tanto pacientes quanto acompanhantes que necessitem ir com frequência até o hospital mas que encontram dificuldade por morarem em locais distantes. Tais Casas, além de hospedagem, dão suporte psicológico à família, alimentação, local para tomar banho, e muitas até fornecem materiais como: alimentação por sonda, fraldas, medicamentos e cestas básicas.

Essas ações têm por finalidade um alinhamento aos princípios e aos deveres da profissão, a exemplo da garantia de Direitos Sociais, da defesa intransigente dos Direitos Humanos, e do respeito a todos os usuários que buscam o serviço.

### 3.2 DESVELANDO O OBJETO DE ANÁLISE

Durante a experiência de estágio, foi possível constatar a articulação com a rede de assistência social. Segundo Sposati (2009), a gestão intersetorial da gestão pública não é algo absoluto ou por si só positivo, pois isso exige entender os limites e as possibilidades de suas aplicações. A intersetorialidade significa adotar uma decisão racional, cuja aplicação pode ser positiva ou não.

Sobre a comunicação entre esses setores que compreendem a rede de assistência, foi possível perceber os entraves nas tomadas de decisão, a exemplo da ocupação de leitos por pacientes em situação crônica de saúde que, por motivos econômicos, não mostraram uma resposta rápida na organização do seu novo modo de vida. Por essa razão, agora encontram-se carentes de cuidados e/ou estrutura física adaptada para locomoção ou acomodação.

Como mencionado, o HUSM é referência em média e alta complexidade, não atendendo somente a cidade de Santa Maria. O hospital trabalha com emergências que, segundo Paim (1994), correspondem a um processo com risco iminente de morte, com exigência de diagnóstico e tratamento nas primeiras horas após a constatação da doença. Por essa razão, faz-se necessário que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter as funções vitais do paciente e evitar incapacidade ou complicações mais graves. Já a urgência, também segundo Paim (1994), significa um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de morte. Neste

caso, há risco de evolução para complicações mais graves, porém não existe risco eminente de morte.

Atualmente, devido à redução de custos financeiros e à grande demanda pelos leitos hospitalares, bem como aos riscos que a hospitalização prolongada pode causar aos pacientes, assim que os problemas mais agudos são resolvidos, inicia-se o processo de alta hospitalar para que o paciente e sua família possam receber orientações condizentes às suas necessidades. Ademais, os pacientes retornam para as famílias e para a comunidade com uma gama de demandas e encaminhamentos que requerem assistência aos cuidados, os quais podem ser realizados em casa – preferencialmente por um cuidador, quando orientado a realizar estas tarefas.

Dessa forma, é necessário um plano de alta hospitalar compreenda: identificar problemas sociais que dificultem a alta hospitalar; realizar contato com a Rede Básica de Saúde que receberá o paciente para continuidade do tratamento; e contribuir para que os direitos sociais sejam efetivados dentro e fora do hospital. Essas ações contribuem para que a família seja capaz de dar continuidade aos cuidados iniciados no âmbito hospitalar. Sendo assim, a continuidade dos cuidados no ambiente domiciliar depende, em grande parte, das orientações recebidas na alta hospitalar. Essas orientações compreendem ações programadas de acordo com as necessidades de cada paciente. Assim, um projeto de alta hospitalar visa auxiliar a recuperação do paciente, minimizar inseguranças e proporcionar melhor qualidade de vida familiar e social, bem como prevenir complicações e/ou comorbidades (MARRA, 1989).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar preconiza, em seu Art. 10º, inciso III, a horizontalização do cuidado como estratégia para o fortalecimento de vínculo entre profissionais, pacientes e familiares. Assim, conforme o Art. 16º, considera-se a alta hospitalar responsável assegura a transferência do cuidado, por meio de:

I – Orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;

II – Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção a Rede de Atenção à Saúde;

III – Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na Rede de Atenção à Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Para elucidar a situação por nós vivenciada na relação teórico-prática, apresentaremos dois casos. Os nomes são fictícios para preservar a identidade dos usuários.

Caso 1: Joana, 35 anos, mãe solteira de duas meninas, com 12 e 14 anos, respectivamente. Trabalhadora irregular no ramo do comércio, residente da Zona Oeste de Santa Maria. Foi internada no início de 2018, vítima de um acidente de carro. Como consequência, teve seus movimentos severamente comprometidos. Passou pela emergência e Centro de Tratamento Intensivo e, quando estabilizada, já com as lesões irreversíveis em seus movimentos, passou a ocupar um leito da unidade “Clínica Médica 5° andar”, permanecendo ali até sua família se reorganizar para recebê-la. O processo de reorganização da família de Joana levou quase 11 meses, visto que sua família não dispunha de recursos para a construção de uma peça de alvenaria que a acomodasse de forma digna. Os encaminhamentos através do Serviço Social foram: o Benefício de Prestação Continuada (BPC); o contato com a Rede de Atenção Domiciliar, para estreitar os vínculos; o acompanhamento de Joana fora do ambiente hospitalar; o empréstimo de uma cama hospitalar, cadeira de rodas e cadeira para banho; encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde para o fornecimento de fraldas geriátricas.

Caso 2: Paulo Roberto, 23 anos, desempregado. Foi internado reincidentemente por participar de uma briga com marginais, ficando gravemente machucado. Faz uso de drogas desde os seus 13 anos, razão pela qual abandonou os estudos no ano seguinte, aos 14 anos de idade. Sua mãe, Silvana, é etílica, também desempregada. É mãe de 4 filhos em idade escolar e conta com a renda de R\$ 163,00 oriundos do programa de transferência de renda Bolsa Família. O pai de Paulo Roberto é falecido há três anos, tendo sido alvejado por policiais em uma troca de tiros.

Paulo Roberto passou por cirurgia neurológica e perdeu a visão do olho esquerdo. Passados três meses, ele estava apto para a alta Hospitalar. Entretanto, entendeu-se que não seria possível que ele tivesse alta, visto que sua mãe não colabora em seus cuidados, vindo muitas vezes para o hospital alcoolizada, situação que atrapalhava o andamento nas explicações dos cuidados que precisaria receber no momento sua alta.

O paciente foi acompanhado pelo Serviço Social desde a sua internação, tendo como intervenções: a identificação que estava sem documento; a busca ativa de familiar através de contato telefônico; pesquisa sobre os atendimentos na rede de saúde por meio do cadastro *online* do Sistema Único de Saúde; uma entrevista com um familiar; o encaminhamento para confecção de documentos; a orientação e o encaminhamento para Defensoria Pública para a interdição da paciente e a marcação de perícia junto à Previdência Social para a solicitação de Benefício de Prestação Continuada (BPC); o contato com a rede de atenção básica de sua região para que, no momento de alta hospitalar, Paulo Roberto contasse com agente de saúde para resguardar sua integridade física.

Neste caso a enfermeira responsável da Unidade Básica de Saúde (UBS) – Maringá relatou, por telefone, as diversas tentativas de aproximação a família de Paulo Roberto e os esforços da escola em estimular que Paulo Roberto, quando ainda era adolescente, em continuar os estudos. Sobre a mãe do paciente, a enfermeira relatou que ela participa há um ano de um grupo Alcoólicos Anônimos (AA), não dando continuidade por motivos não especificados. Quando questionada sobre as demais crianças que compõem a família, respondeu que todas frequentam a escola regularmente, pois isso garante a transferência do Bolsa Família.

### 3.3 CONCLUSÃO DOS CASOS

Nos dois casos observados, os pacientes estavam em alta médica, mas não em alta social, por vivenciarem situações que os impediam de estar de forma segura em um lar. Sabemos que a taxa de reincidência por maus cuidados agrava o quadro clínico e, muitas vezes, todo o esforço demandado no atendimento hospitalar é perdido, ou seja: a primeira internação deixa de resultar positivamente na melhora dos usuários, retornando ao hospital pior do que se não tivessem recebido alta. Enquanto isso, os pacientes que aguardam pelo leito ficam à espera da alta social dos pacientes que não necessitam mais do atendimento hospitalar.

Este caso evidencia a importância do assistente social em assegurar o direito ao leito. Entretanto, no viés da média e alta complexidade, este leito deixou de receber casos de emergência e corroborou para a superlotação dos prontos atendimentos. De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de

Saúde do Ministério da Saúde, nos últimos oito anos, o Brasil perdeu 34 mil leitos hospitalares em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados se referem ao período entre 2010 e 2018, quando a redução atingiu principalmente a psiquiatria, a pediatria clínica, a obstetrícia e a cirurgia geral. Em março de 2010, o Brasil tinha 336.842 leitos de internação para uso exclusivo do SUS. Em março deste ano, esse número reduziu para 302.524 leitos, uma queda de 10% (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2018).

Um leito hospitalar recebe, em média, 80 pacientes por ano e, pela tomada de decisão em resguardar um internado crônico, deixa-se de atender tantos outros. Salientam-se os vários contatos com o poder público, mas não se tem uma política de assistência emergencial.

A contratação de uma empresa para gerir o HUSM é um assunto controverso e debatido no campus há algum tempo. Existem contradições em tudo que envolve uma “terceirização”, tendo em vista que a discussão se enquadra num âmbito de motivações ideológicas, políticas e partidárias. O fato é que a administração do hospital realizada por uma empresa – mesmo se caracterizando como uma empresa pública, caso da EBSEH – gera mudanças. A EBSEH ofereceu melhorias na estrutura do hospital, pois contratou muitos funcionários, iniciaram-se obras e um investimento financeiro massivo, como ampliação das Unidades de tratamento Intensivo, citada anteriormente.

E por último, faremos a articulação com a rede. Dessa forma, a noção de rede pode ser entendida como “aquela que articula intencionalmente pessoas e grupos humanos, sobretudo como uma estratégia organizativa que ajuda os atores e agentes sociais a potencializarem suas iniciativas para promover o desenvolvimento pessoal e social” (GONÇALVES & GUARÁ, 2010, p.14).

Nesse sentido, Castells (1999 apud GONÇALVES & GUARÁ, 1998) acrescenta que uma rede é “um conjunto de nós conectados, e cada nó, um ponto onde a curva se intercepta. Por definição, uma rede não tem centro, e ainda que alguns nós possam ser mais importantes que outros todos dependem dos demais na medida em que estão na rede” (Castells, 1998, p. 10).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dentro dos hospitais e de suas unidades, é imprescindível o trabalho dos assistentes sociais, pois a quantidade de pessoas que se encontram em situações de vulnerabilidade é cada vez mais significativa e, como exposto durante este trabalho, o quadro social interfere no quadro clínico. O profissional, além de ter uma escuta sensível, trabalha para ter uma visão crítica que o diferencie dos demais agentes de saúde, trazendo, desde a academia, a visão de humanização no atendimento – algo tão debatido dentro do Sistema Único de Saúde. O profissional assistente social visualiza o usuário como um sujeito de direitos, com todo um histórico que deve ser levado em consideração.

Ademais, ressaltamos que muitas das ações são limitadas pela instituição, pelo espaço físico por ela oferecido e pelo contexto de contrarreforma neoliberal. Contudo, o Projeto Ético Político da Profissão garante a possibilidade de leitura da realidade social e a aproximação com as demandas dos usuários dos serviços de saúde, sendo que nossas competências exigem estudo e qualificação profissional.

É importante ressaltar que, desde o primeiro estágio, foi muito presente a orientação do assistente social supervisor de campo, como também as supervisões acadêmicas, as quais foram fundamentais nesse processo de produção de documentação e de contato direto com os usuários.

Há muitos desafios para o Serviço Social no âmbito da saúde, sendo um deles a hierarquia imposta pelos médicos que, muitas vezes, se consideram “doutores da Lei” e acabam prejudicando o trabalho do assistente social, pois apressam a alta social. Evidentemente, eles não compreendem o que abarca o contexto social, lidando apenas com as questões físicas, o que entende-se perfeitamente, pois são profissionais com demandas exacerbadas e, por se tratar de um hospital de emergências que atende 42 municípios, é compreensível a postura de liberar os leitos para os pacientes em situação mais complexa. Com isso ratifico a importância do profissional assistente social em se posicionar e lutar pela permanência de casos como os especificados acima, até o momento de segurança para a alta social, evitando o reingresso e garantindo o bem-estar social.

Este trabalho permitiu uma reflexão-teórico prática profunda e ampliou o olhar em relação ao Sistema Único de Saúde, mostrando que é possível fazer um trabalho não tecnicista e dialogar com a rede, mantendo um contato com ela, pois isso garante direitos que tanto lutamos para conquistar.



## REFERÊNCIAS

- ABEPSS. **Diretrizes Gerais Para o Curso De Serviço Social**. Rio de Janeiro, 1996.
- BATICH, M. **São Paulo Perspec.**, v.18, n. 3, São Paulo, 2004.
- BORTOLIN, A. L. **Análise das ações empreendidas aos arquivos em um contexto hospitalar de Santa Maria-RS**. 2010. 76 f. monografia (Especialização em Gestão em Arquivos) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010. Disponível em: <[http://repositorio.ufsm.br:8080/xmlui/bitstream/handle/1/1223/Bortolin\\_Ana\\_Lucia.pdf?sequence=1](http://repositorio.ufsm.br:8080/xmlui/bitstream/handle/1/1223/Bortolin_Ana_Lucia.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 15 nov. 2018.
- BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. da S. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 87, p. 25-57, 2006.
- BRAVO, M. I. S. et al. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Se, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde).
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. CFESS: Brasília, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, Brasília: CFESS, 2010.
- CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL. Conselho Federal de Assistentes Sociais (**Lei nº 8662/93**). Março de 1993.
- COSTA, F. S. D. M. **Instrumentalidade do Serviço social: dimensão teórico metodológica, ético-político e técnico-operativa e exercício profissional**. 2008. 147p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Institucional/histórico**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/historia>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

FERNANDES, T. M. D.; CHAGAS, D. C.; SOUZA, É. M. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2011.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 189 p.

GUEDES, O. S. **Implicações da concepção neotomista de homem na gênese do serviço social brasileiro - 1930/1940**. 2000. 152 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. Site da instituição. **Histórico do HUSM**. Santa Maria, 2015. Disponível em: <[www.husm.com.br](http://www.husm.com.br)>. Acesso em: 31 out. 2018.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA. Site da instituição. **Histórico do HUSM**. Santa Maria, 2010. Disponível em: <[www.husm.com.br](http://www.husm.com.br)>. Acesso em 27 de nov.2018.

IBRAHIM, F. Z. **Resumo de Direito Previdenciário – Niterói/RJ**: Ímpetus, 4ª edição, 2005.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982. p. 71-123.

\_\_\_\_\_. **SERVIÇO SOCIAL EM TEMPO DE CAPITAL FETICHE: CAPITAL FINANCEIRO, TRABALHO E QUESTÃO SOCIAL**. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004

KOHN, S. C. Serviço Social na Unidade de Emergência Referenciada: Espaço Construído e Legitimado. **Serviço Social e Saúde**, v. 5, n. 5, p. 1-218, 2006.

LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. A entrevista no processo de trabalho do Assistente Social. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 8, Ano VI, Dezembro, 2007.

MARTINELLI, M. L., KOUMROUYAN, E. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 54, São Paulo: Cortez, 1994.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã: teses sobre Feuerbach**. Centauro, 2005.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde. Brasília, DF, p. 549, 2011.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. **In:** MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Do sanitário a municipalização**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 01 out. 2018.

MORAES, A. F. Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, 2008.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais**. Organização Pan- Americana da Saúde – Representação Brasil, 1.<sup>a</sup> edição – 2012.

NOGUEIRA, V. M. R. Determinantes Sociais de Saúde e a Ação dos Assistentes Sociais – Um Debate Necessário. **Revista Serviço Social & Sociedade**. Unicamp Campinas, n. 12, 2011.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2014, p.15-35

PORTAL SÃO FRANCISCO. **História do Brasil: Era Vargas**. Disponível em: <<https://www.portalsaofrancisco.com.br/historia-do-brasil/era-vargas>>. Acesso em: 18 out. 2018.

SOUZA, R. O. Modelo assistencial no sistema único de saúde. **In:** BRAVO, M.I.S. et al. Capacitação para conselheiro de saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro. UERJ, Nape, 2001.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, junho de 2011.

TONIOLO DE SOUZA, C. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Disponível em: <<http://servicosocial-http://servicosocial-erenilza.blogspot.com.br/2010/10/as-competencias-do-servico-social-na.html>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

TERRA, S. H. **Parecer Jurídico nº 27/1998**. Assunto: Análise das competências do Assistente Social em relação aos parâmetros normativos previstos pelo art. 5º da Lei nº 8.662/1993, que estabelece as atribuições privativas do mesmo profissional. CFESS, Brasília, 13 set. 1998.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 09 jun. 2016.

UFSM. Universidade Federal de Santa Maria. Breve histórico da Fundação. Disponível em: <http://www.ufsm.br>. Acesso em 10 de Outubro de 2018.