

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Samara dos Santos

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ALTA SOCIAL DE
PACIENTES PÓS TRANSPLANTADOS DE MEDULA ÓSSEA**

Santa Maria, RS
2023

Samara dos Santos

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ALTA SOCIAL DE PACIENTES
PÓS TRANSPLANTADOS DE MEDULA ÓSSEA**

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 **Bacharel em Serviço Social**.

Orientadora: Profa Dra Sheila Kocourek

Santa Maria, RS
2023

Samara dos Santos

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ALTA SOCIAL DE PACIENTES
PÓS TRANSPLANTADOS DE MEDULA ÓSSEA**

Trabalho 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 **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovado em [6] de [dezembro] de [2023].

Sheila Kocourek, Doutora, UFSM (Presidente / Orientadora)

Jairo da Luz Oliveira, Doutor, UFSM (Avaliador)

Larissa Ramalho Pereira, Doutora, UFSM (Avaliadora)

Santa Maria, RS
2023

Dedico esse trabalho ao meu melhor amigo, Jeferson Silveira (In memoriam). Esteja onde estiver, nossas memórias estarão para sempre em meu coração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais Maria de Fátima e José Cláudio, por sempre me encorajarem e incentivarem a seguir no caminho dos estudos, algo que eles não tiveram a oportunidade.

À minha irmã Fernanda por ser meu grande suporte e acreditar em mim em momentos que eu mesma não acreditei.

Aos colegas do Cursos de Serviço Social que de alguma forma contribuíram para minha formação. Em especial, agradeço aqueles que estiveram junto comigo me dando suporte em um dos momentos mais difíceis da minha vida, jamais me esquecerei.

À minha supervisora de campo Andréa por todos os ensinamentos, paciência e respeito ao longo do período do estágio. E aos usuários que tive a oportunidade de conhecer e acompanhar neste percurso.

Ao meu supervisor acadêmico de estágio Prof^o Dr. Jairo pelos momentos de troca e reflexão que deram base para a construção desse trabalho.

À minha orientadora, a Prof.^a Dra. Sheila por ter aceitado me orientar e ter dedicado seu tempo e conhecimentos que foram indispensáveis para a elaboração desse Trabalho de Conclusão de Curso.

Por fim, agradeço a Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de uma educação pública, gratuita e de qualidade e também a todos os professores que fizeram parte da minha jornada de conhecimento.

A todos os meus mais sinceros agradecimentos!

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

RESUMO

A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ALTA SOCIAL DE PACIENTES PÓS TRANSPLANTADOS DE MEDULA ÓSSEA

AUTORA: Samara dos Santos
ORIENTADORA: Profa. Dra. Sheila Kocourek

Esse trabalho é resultado da experiência no campo de estágio obrigatório do curso de Serviço Social no setor de Hemato-oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Durante o período de estágio observou-se que em alguns momentos o Serviço Social era solicitado pela equipe multiprofissional dos setores de internação para responder demandas de usuários na iminência da alta hospitalar, exigindo respostas rápidas da profissional. Em outras situações o Serviço Social não era requisitado, desencadeando a alta clínica sem avaliar a condição de alta social do paciente. Dessa forma, esse trabalho tem por objetivo explicitar a importância da prática do assistente social no contexto de planejamento da alta social de pacientes pós transplantados de medula óssea, identificando determinantes sociais que possam representar desafios no retorno ao domicílio desses pacientes, tendo em vista que o TMO requer cuidados especializados devido ao elevado risco de complicações clínicas que podem surgir após o procedimento e que podem, inclusive, levar o paciente ao óbito. O trabalho de caráter qualitativo utiliza-se de aportes teóricos bibliográficos que envolvem o tema, também apresenta dados colhidos a partir do projeto de intervenção desenvolvido durante o período de estágio, bem como um relato de experiência identificando as particularidades de atuação do/a Assistente Social no contexto de um hospital de Alta Complexidade.

Palavras-chave: Serviço Social. Assistente Social. Alta social. Transplante de medula óssea.

ABSTRACT

THE CONTRIBUTION OF SOCIAL SERVICE IN THE SOCIAL DISCLOSURE OF PATIENTS AFTER BONE MARROW TRANSPLANTATION

AUTHOR: Samara dos Santos
ADVISOR: Profa. Dra. Sheila Kocourek

This work is the result of experience in the mandatory internship field of the Social Work course in the Hemato-oncology sector of the Santa Maria University Hospital (HUSM). During the internship period, it was observed that at times the Social Service was requested by the multidisciplinary team in the hospitalization sectors to respond to demands from users on the verge of hospital discharge, requiring quick responses from the professional. In other situations, Social Services were not requested, triggering clinical discharge without assessing the patient's social discharge status. Therefore, this work aims to explain the importance of the social worker's practice in the context of planning the social discharge of post-bone marrow transplant patients, identifying social determinants that may represent challenges in the return to home of these patients, considering that the BMT requires specialized care due to the high risk of clinical complications that may arise after the procedure and which may even lead to the patient's death. The qualitative work uses theoretical bibliographical contributions that involve the topic, it also presents data collected from the intervention project developed during the internship period, as well as an experience report identifying the particularities of the Social Worker's performance. in the context of a High Complexity hospital.

Keywords: Social service. Social Worker. High social. Bone marrow transplant.

LISTA DE SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CTMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IAPs	Instituto de Pensões e Aposentadorias
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MITC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
PEP	Projeto Ético-Político
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCTH	Transplante de Células Tronco Hematopoéticas
TMO	Transplante de Medula Óssea

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	12
2.1	MARCOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	12
2.2	A SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL: O SUS BRASILEIRO.....	18
2.3	O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	21
2.4	DESAFIOS HISTÓRICOS E ATUAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE.....	25
3	O SERVIÇO SOCIAL NO HUSM.....	30
3.1	O HUSM COMO REFERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	30
3.2	O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DO HUSM.....	32
3.3	O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO HEMATO-ONCOLÓGICA.....	34
4	RELATO DA EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DO HUSM.....	39
4.1	A ALTA SOCIAL E SEUS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL: EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.....	39
4.2	A ALTA SOCIAL NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ASSISTENTES SOCIAIS DO HUSM.....	41
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50
	ANEXOS.....	56

1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é requisito parcial para obtenção do título de Assistente Social. O mesmo foi produzido a partir da experiência vivenciada no âmbito do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), mais especificamente no Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO)

O Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) é uma das unidades do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e oferece assistência à saúde a pacientes¹ com indicação para transplante de medula óssea, promovendo os dois principais tipos do procedimento: autólogo (autotransplante) e alogênico (com doador aparentado ou não aparentado).

O usuário¹ é acompanhado por uma equipe multidisciplinar desde o momento de internação, bem como no período pré, per e pós TMO, sendo per o período de internação na unidade do TMO necessário para a realização do transplante.

Os pacientes submetidos ao transplante de medula óssea, passam por tratamentos intensivos que impactam o sistema imunológico, e atinge de forma significativa a imunidade, deixando-os suscetíveis a diversos tipos de infecção de todos os tipos de natureza. Dessa forma, a equipe multiprofissional orienta esses usuários e seus familiares e/ou cuidadores sobre os cuidados fundamentais que essa nova condição biológica exige, evitando intercorrências como infecções por vírus, bactérias e fungos, que possam agravar o quadro clínico de saúde desse indivíduo.

Com o regime de condicionamento realizado antes do TMO, os receptores perdem a memória imunológica a agentes infecciosos e vacinas realizadas ao longo da vida. Esta perda de imunidade protetora vem sendo demonstrada em pacientes submetidos ao transplante e, conseqüentemente um programa de reimunização após o TMO é necessário para assegurar imunidade. (REIS; VISENTAINER, 2004, p. 4).

Contudo, é necessário que o paciente possua condições objetivas e socioeconômicas favoráveis para que essas exigências sejam de fato efetuadas, sendo fundamental que a equipe multiprofissional, equipe médica e equipe de enfermagem ao repassar as orientações tenha consciência sobre a realidade social de cada usuário.

¹ A escolha da utilização dos termos paciente e usuário se deu por serem as denominações mais utilizadas na atualidade. Paciente é o modo mais comum e antigo e é o que mais remete ao contexto hospitalar, já usuário engloba um cuidado biopsicossocial e é o termo mais adequado para o indivíduo que utiliza os serviços hospitalares. Sendo assim, é possível utilizar ambos os termos.

Dessa forma, a comunicação efetiva entre as equipes é primordial, pois o compartilhamento de informações e saberes específicos de cada profissão, garante aos pacientes uma maior segurança nas ações de cuidados.

Segundo Guzinski et al. (2019) as rodadas interdisciplinares estruturadas representam ferramentas que promovem a interação entre os membros da equipe, contribuindo para a redução do período de internação do paciente no hospital e aprimorando os indicadores de qualidade.

Ao receber o diagnóstico, o paciente passa por mudanças tanto na sua rotina como nas relações familiares. Isso afeta diretamente a sua condição econômica visto que devido ao tratamento, muitas vezes, é necessário que o usuário se afaste do ambiente de trabalho. Ademais, o próprio familiar ou acompanhante para estar presente nos cuidados do ente, não consegue manter o vínculo empregatício.

Os efeitos de saúde causados diante da complexidade e agressividade do TMO, juntamente do desgaste emocional, físico, social e econômico que afetam não somente o usuário, mas também o núcleo familiar, representam desafios no período de transição do âmbito hospitalar para o domiciliar. Dessa forma, a atuação do assistente social no momento da desospitalização, que a partir de agora irei referir como alta social, se torna essencial, tendo em vista que esse profissional trabalha com o desvelamento das expressões da questão social, intervindo nos determinantes sociais, econômicos e culturais da saúde.

Ao adequar a intervenção no sentido de garantir a eficácia e a segurança da alta hospitalar, o assistente social desempenha a função de mediador entre o utente, a família, equipe interdisciplinar, bem como com a comunidade promovendo a articulação entre as mesmas.

De acordo com o que prevê os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde:

A alta hospitalar é outra demanda que precisa ser refletida pela equipe a fim de estabelecer as atribuições dos diversos profissionais. Parte-se do pressuposto de que a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou família é que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no processo de alta. A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe. (CFESS, 2010, p. 25).

A alta social está articulada com um olhar mais abrangente da saúde e no conceito ampliado de cidadania embasado no Projeto Ético-Político do Serviço Social. Dessa forma, o assistente social intervém na realidade a partir do desvelamento das expressões da questão social, baseado nos determinantes sociais, econômicos e culturais da saúde, considerando as demandas e necessidades referentes ao processo de saúde e doença, na perspectiva de consolidação do entendimento da alta social como uma ferramenta de proteção.

Diante disso, este Trabalho de Conclusão de Curso irá abordar a alta social como uma prática profissional do Serviço Social. O cenário que será apresentado é o setor da Hemato-oncologia, mais especificamente, no Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO), do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

O HUSM é referência para atendimentos de alta complexidade para a população de 45 municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul e atende pacientes portadores de complicações clínicas ou cirúrgicas, gestantes de alto risco, recém-nascidos e pacientes que necessitam de transplante de rim ou medula óssea. Além disso, o hospital também está habilitado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), nos Serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica.

Apresentamos como objetivo geral deste trabalho o que segue: explicitar a importância do Serviço Social junto a equipe multidisciplinar no processo da alta hospitalar de pacientes pós transplantados de medula óssea. Já como objetivos específicos identificar os impactos sociais sofridos pelos usuários durante e após o processo de TMO; refletir acerca dos desafios e possibilidades quanto à alta social de pacientes pós transplantados de medula óssea; e apresentar a experiência de estágio vivenciado no HUSM.

Neste sentido a estrutura do trabalho será composta por revisão teórica, metodologia e análise dos resultados obtidos a partir da experiência como estagiária de Serviço Social durante o período de 2 semestres nos setores do Centro de Tratamento da Criança e Adolescente com Câncer (CTcriaC), no Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) e na Radioterapia.

Por fim, com relação ao último capítulo onde apresenta-se uma entrevista com assistentes sociais do HUSM, destaca-se que a entrevista não se configura como pesquisa, sendo parte apenas de documentação no diário de campo e

servindo como subsídio para o relatório final do projeto de intervenção realizado sobre a temática alta social.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo está dedicado a apresentar os marcos históricos da atenção à saúde no Brasil que antecederam ao SUS. Na sequência retrata a consolidação do SUS como um direito universal dos cidadãos e cidadãs brasileiras. Ainda apresenta como se deu a inserção do Serviço Social no âmbito das políticas de saúde e seus desafios históricos e atuais.

2.1. MARCOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil, a garantia de direito à saúde e de uma política de saúde que abrangesse todos os cidadãos em todos os níveis, desde a promoção, prevenção e assistência à saúde é algo bastante recente e que, sobretudo, necessitou de muita luta de movimentos sociais, que defendessem a democracia no âmbito da saúde, rejeitando o autoritarismo desde os anos de 1970.

No caso do setor de saúde brasileiro, o modelo legalmente instituído e praticado até 1988 estava estabelecido na Lei 6.229/75, criando dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários. (SCHERER; MARINO, RAMOS, 2005, p. 2).

Contudo, a institucionalização do setor de saúde no Brasil remonta ao período da chegada da família real, quando foi inaugurada a primeira faculdade de medicina do país, conhecida como Escola médico-cirúrgica, no estado da Bahia.

As primeiras ações de saúde que surgiram não continham genuíno interesse para com o bem-estar da população, mas sim um viés político e econômico, tendo em vista que nessa época existiam muitas doenças tropicais, como a febre amarela e a malária, além de doenças trazidas pelos próprios europeus, como a peste bubônica e a varíola, que poderiam facilmente se propagar entre os trabalhadores e contaminar os produtos a serem exportados.

Dessa forma, algumas estratégias começaram a ser implementadas, como a quarentena, que afastava o enfermo de locais de circulação de pessoas e produtos,

evitando a contaminação, mas sem se preocupar efetivamente com o tratamento da doença.

Em 1889, com a proclamação da República e o nascimento e consolidação de uma burguesia econômica cafeeira, passou-se a necessitar de um maior número de mão-de-obra para trabalhar nas lavouras de café, no armazenamento e na exportação do produto. Contudo, as péssimas condições de saneamento básico das cidades e sem o tratamento das doenças, epidemias se alastravam entre os trabalhadores, prejudicando a economia, exigindo que as autoridades da época criassem estratégias de combate à essas doenças.

Em 1904, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, então diretor geral da Saúde Pública, medidas sanitaristas de desinfecção, inclusive, das casas da população, passaram a ser implementadas. Além disso, casebres e os famosos cortiços da época foram destruídos, resultando no desalojamento da população mais empobrecida, que sem respaldo do governo, levou à aglomeração em favelas e a formação de bairros periféricos (CHALHOUB, 2017).

Além disso, iniciou-se uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola e a atuação de uma polícia sanitária que tinha por objetivo identificar pessoas doentes e submetê-las ao tratamento, aqueles que não possuíam recursos financeiros para se isolar em fazendas afastadas ou pagar pelo tratamento, eram enviados aos hospitais gerais e/ou isolados socialmente, sem nenhum tipo de tratamento, sendo sentenciados à morte em sua maioria (BAPTISTA, 2007).

Devido ao nível de radicalidade das ações, movimentos populares do Rio de Janeiro se organizaram para demonstrar seu descontentamento com a obrigatoriedade das vacinas, bem como com o governo do então presidente Rodrigues Alves e do prefeito Pereira Passos. O episódio que durou uma semana com confrontos diretos entre a população pobre e marginalizada, que foi expulsa dos centros urbanos, e as autoridades responsáveis pela saúde pública, ficou conhecido como Revolta da Vacina (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

As ações de Oswaldo Cruz apesar de drásticas obtiveram resultados positivos, conseguindo controlar e combater algumas doenças, assim como, suscitar um maior conhecimento sobre as mesmas. Assim, em 1910 e 1920 iniciou-se uma segunda fase do movimento sanitaria, dessa vez com ênfase nos meios rurais, a fim de combater três endemias: ancilostomíase, malária e mal de Chagas (BAPTISTA, 2007).

Contudo, as iniciativas ainda eram focadas na prevenção, deixando à mercê aquela parcela da população que não tinha condições de pagar pela assistência médica à saúde, não tendo uma preocupação e interesse com a saúde integral das pessoas e sem perspectivas de uma política de proteção social.

Portanto, no início do século XX, a saúde se constituía no campo da benesse e filantropia para aqueles indivíduos que faziam parte da classe mais pauperizada ou uma assistência mais especializada para aqueles que tinham condições de pagar pelo serviço.

Dessa forma, pressionados pelos movimentos populares que exigiam ações efetivas do Estado com relação à saúde, o chefe da polícia, Eloy Chaves, criou em 1923, a lei que regulamenta as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que eram organizadas pelas empresas e administradas e financiadas por ambos, empresários e trabalhadores.

Nesse período, no entanto, apenas trabalhadores de grandes empresas que contribuíam com o esquema de seguro social da época, as CAPs, possuíam alguns benefícios como: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2009).

Assim, o direito à assistência de saúde estava restrito a uma pequena parcela dos trabalhadores do país, visto que nem todas as empresas ofereciam ao empregado a possibilidade de criar um Caixa. Portanto, os benefícios restringiam-se à condição de segurado, excluindo trabalhadores de pequenas empresas, trabalhadores rurais, dentre outros.

Nos anos 30, no contexto da política de saúde, duas criações institucionais marcaram o período do governo de Getúlio Vargas: a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

O MTIC por ser um ministério criado voltado para o interesse dos trabalhadores, inclusive no campo da saúde, desenvolveu e ficou responsável por um sistema de assistência médica previdenciário, com o benefício de uma melhor assistência médica e hospitalar para os contribuintes, enquanto ao MESP ficaram atribuídas ações de saúde de caráter público, mais voltadas ao controle e prevenção de doenças transmissíveis.

No Estado Novo — regime autoritário implantado após um golpe de Estado, em 1937, por Getúlio Vargas — também foi implementado o Instituto de Pensões e Aposentadorias (IAPs), substituindo o antigo CAPs. Os IAPs eram administrados, controlados e financiados pela tríade Estado, empresas e trabalhadores, e organizava os trabalhadores por categoria profissional e não mais por empresas. Dessa forma, ainda excluía parcelas da população, tendo em vista que por manter um caráter previdenciário, profissões que não fossem reconhecidas pelo Estado não eram beneficiadas.

Ademais, apesar de passar a incluir um leque maior de trabalhadores, por ser organizada por categorias, as categorias que possuíam um maior poder econômico e, conseqüentemente, maior contribuição, tinham acesso a mais benefícios do que outros trabalhadores.

Nos anos 50, a mesma lógica no campo da saúde se manteve, com ações de serviços públicos de um lado e o sistema previdenciário de outro. Contudo, para Barcellos (1983) as mudanças políticas e também da economia nesse período, passando de um polo agricultor para uma expansão da industrialização, exigiram do Estado novas ações para suprir o aprofundamento de uma concentração urbana e a ampliação da modernização do país.

No campo da saúde, fatores como o aumento no número de operários nos centros urbanos, o aumento de expectativa de vida da população e o surgimento de doenças crônicas ou típicas da modernidade, como acidentes de trânsito ou por violência suscitaram o surgimento de serviços de saúde especializados.

Seguindo também uma tendência mundial do pós-guerra, houve uma ascensão da atenção médica individual, com a incorporação da lógica de especialização de recursos humanos e a construção de centros de saúde e hospitais com tecnologias de última geração (GARCIA, 1989).

Em 1953, há a criação do Ministério da Saúde, sendo uma das partes após o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde (MES), que deu “origem a dois ministérios independentes: Ministério da Saúde e Ministério da Educação” (SILVA, 2008).

Juntamente, em 1956, com o surgimento do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), implementou-se um papel político para a saúde no contexto brasileiro e reorganizou-se serviços de combate às endemias da área rural.

O golpe de 1964 e a instauração da ditadura militar no Brasil trouxeram intensas mudanças no cenário brasileiro. Uma dessas mudanças trata-se da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. O INPS ao ser unificado com as IAPS trouxe grande insatisfação para os trabalhadores, em especial, para aqueles que contribuía mais, isso porque com a unificação dos institutos aqueles que contribuía com valores menores recebiam os mesmos benefícios com a mesma qualidade de serviços.

Ademais, com inclusão de outras categorias profissionais como trabalhadores rurais, domésticas e autônomos houve um aumento na procura por serviços, gerando filas de espera e superlotação de hospitais, o que ocasionou um descontentamento geral. A alternativa do Estado para tentar solucionar o problema foi contratar serviços privados, o que levou a um aumento nos gastos com saúde.

Durante o período de regime militar, além do autoritarismo imposto, políticas de saneamento e habitação foram ignoradas o que levou ao reaparecimento de doenças já erradicadas, principalmente entre a classe mais pauperizada, tornando ainda mais visível a desigualdade social e o descaso dos governantes com as políticas públicas.

Com o fim do período ditatorial, movimentos sociais que já existiam, mas não podiam vocalizar suas demandas devido à forte repressão começaram a se expandir. Dentre esses grupos, um de grande destaque foi o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), em 1970.

O movimento social surgiu como resposta às crises de saúde no período da ditadura militar brasileira, expondo estudos e pesquisas que denunciavam a precariedade e irracionalidade do sistema de saúde vigente e que não eram divulgados devido à repressão e censura midiática da época e, construindo uma série de propostas contestatórias ao regime militar e alternativas propositivas para transformar o modelo de saúde.

Assim, em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento, representado pelo CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, Sistema Único de Saúde. [...] É claro que a proposta não teve espaço para se impor, naquele momento, ao Governo. [...] (NETO, 1994, p. 9).

Assim, com a eclosão de movimentos sociais após o regime militar e com o início da Nova República em 1985, intensificou-se as reivindicações por melhorias

na saúde, pressionando o Governo a levar em consideração essas e outras propostas, adotando, pouco a pouco, essas ideias.

Além das denúncias feitas contra a ditadura e da elaboração de um projeto de sistema de saúde alternativo, o MRS teve como um de seus grandes marcos, a mobilização e articulação para a abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no ano de 1986.

A VIII CNS foi uma grande conquista do MRS e como decorrência da conferência ficou estabelecido em seu relatório final que:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado de formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, à todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986, p. 4).

A conferência teve a presença de cerca de 4.000 pessoas e pela primeira vez contou com a participação de representantes da sociedade – usuários, profissionais, técnicos, trabalhadores da saúde, entre outros – nas discussões e deliberações da política de saúde.

A presença da população nesse processo sustenta um dos princípios defendidos no relatório final que enfatiza a importância da “participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação de políticas, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações da saúde” (BRASIL, 1986, p. 10).

Essa concepção coloca a população não apenas como usuário do serviço, mas confere um papel de protagonista, agente participante na construção de políticas públicas e reitera a esses indivíduos sua condição de sujeito de direito.

As propostas da VIII CNS não foram incorporadas de imediato e, anterior à aprovação do SUS, em 1997, deu-se origem ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds).

O Suds foi importante, pois como o próprio nome sugere, avançou na discussão sobre a universalização e descentralização da saúde, sobretudo, na descentralização do orçamento, que deixaram de ser controlados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e passaram a ser

destinados aos governos estaduais e municipais, dando-lhes uma maior autonomia na programação das atividades e ampliação das suas redes de serviços (SERRA; RODRIGUES, 2007, p. 204).

Ressalta-se que antes desse período, a cobertura de saúde no Brasil, era somente para aqueles que possuíam vínculo com a Previdência Social que incluía o Inamps, órgão responsável pela coordenação de todas as ações de saúde de nível médico-assistencial da previdência.

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal de 1988, onde o relatório da VIII CNS foi usado como base na discussão sobre a reforma do setor de saúde do Estado. No entanto, o debate constitucional apesar de usá-lo como inspiração, sofreu com resistências por parte dos prestadores de serviço de saúde privado, da medicina autônoma, bem como por parte de setores do próprio governo, impedindo assim a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma (Bravo, 2009). Essas disputas de interesses, entretanto, não foram suficientes para barrar a aprovação e criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 A SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL: O SUS BRASILEIRO

Com a aprovação da nova Constituição Brasileira, em 1988, pela Assembleia Nacional Constituinte, pela primeira vez, foi incluída uma seção que dispõe sobre a saúde, sendo reconhecida como um direito social e de obrigação do Estado de garanti-lo, como estabelecido no Art 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado.

A saúde foi incorporada em um capítulo chamado Seguridade Social, que contempla um conjunto de ações de Saúde, Previdência Social e Assistência Social. A Seguridade Social é um conjunto de políticas de proteção social destinadas à população, que possui um financiamento comum.

A partir da constituição da Carta Magna, ocorreu a implementação e materialização do SUS, regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde (LOS), nº 8080/1990.

Além da lei 8080/90, outras normas e portarias foram elaboradas na perspectiva de integralidade e universalidade da saúde, como a Lei 8.142/90 que garante a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde e compete

também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS, supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. (PAIM, 2009, p. 43).

O Brasil, nesse sentido, passa a contar formalmente com um sistema público de saúde. O sistema brasileiro de saúde possui três princípios doutrinários, sendo eles: universalidade, equidade e integralidade.

A universalidade diz respeito à saúde como um direito que deve ser garantido pelo Estado para todos, sem privilégios, preconceitos e distinção entre raça, gênero ou classe social, devendo todas as pessoas terem acesso aos serviços de saúde público e/ou privados conveniados, em todos os níveis.

A equidade significa que todo o cidadão é igual perante ao SUS e terá atendimento conforme sua necessidade. Esse princípio versa sobre as iniquidades no acesso, na gestão e produção de serviços em saúde, dessa forma, é necessário investir onde a carência é maior, atentando-se para a individualidade de cada ser humano, para assim diminuir as desigualdades.

Por fim, a integralidade é entendida como um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, tendo como pilares a noção de intersectorialidade e interdisciplinaridade de diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Ademais, reconhece as diversas condições que incidem na produção de saúde e doença, envolvendo o sujeito como um todo e suas relações com a sociedade e com o meio ambiente (MATTA, 2007).

Na CF estão dispostos os princípios do SUS e também as diretrizes organizacionais, que envolvem a descentralização, regionalização e hierarquização e a participação da comunidade.

Art. 198 – As ações e os serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – Descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II – Atendimento integral, com a prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III –

Participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p. 91).

Tanto os princípios como as diretrizes devem servir como base para os trabalhadores e devem ser trabalhadas de forma conjunta para que se possa atingir os objetivos do SUS.

A consolidação dos objetivos do SUS, na perspectiva de um sistema de saúde universal, equânime e integral, ainda estão distantes de serem alcançados. Isso porque o sistema de saúde brasileiro ainda tem seu atendimento fragmentado, dividido por especialidades, separado em atenção básica e atenção de média e alta complexidade.

Dessa maneira, a sua estrutura de atenção à saúde se dá da seguinte forma: a atenção básica sendo a porta de entrada do usuário é responsável por serviços de prevenção e promoção à saúde; os serviços de média complexidade envolvem certas especialidades e exames diagnósticos; e por fim, a alta complexidade envolve procedimentos de alta tecnologia e alto custo, objetivando ofertar à população uma assistência de qualidade em hospitais especializados.

As principais áreas que compõem a alta complexidade, segundo o CONASS, são:

[...] assistência ao paciente portador de doença renal crônica ;assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endo vasculares extra cardíacos; laboratório de eletro fisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; 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); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. (BRASIL, 2007, p. 18).

Contudo, a alta complexidade tem limites e enfrenta desafios e críticas, sobretudo, em sua organização, feita por empresas de administração hospitalares, empresas terceirizadas, que são responsáveis pela administração de compra de produtos, contratação e pagamento de profissionais por meio de repasses do Estado e também pela organização interna de instituições.

De acordo com Matos (2013), esse trabalho realizado por empresas de natureza privada e que tem como justificativa a diminuição dos custos, coloca a

saúde e a garantia à qualidade de vida sob um viés privatista e contribui com a lógica mercantilista do neoliberalismo, mesmo se tratando de uma instituição pública.

Além disso, outra crítica apontada por Maia et al. (2021), se baseia no fato de que a maior parte dos recursos repassados são destinados à compra de materiais e equipamentos, bem como na construção de novas unidades de saúde de alta tecnologia, quando se a prioridade dos investimentos fosse designada à ações de prevenção e proteção à saúde, haveria uma redução nos gastos com tratamentos de doenças crônicas.

Ademais, além da fragmentação por níveis, há também uma separação por regiões, compreendendo vários municípios em uma região, o que gera filas no atendimento, devido à burocratização que é o processo da busca do usuário ao atendimento nas unidades básicas de saúde até o encaminhamento e convocação para a realização de exames e tratamentos especializados.

Muitos ainda são os desafios enfrentados pela saúde pública no Brasil, portanto a defesa por um sistema que assegure a universalidade, a equidade e a integralidade, como dispostos pela LOS (Lei 8080/1990):

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; I
- I - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

Deve ser reafirmado, a fim de que esses objetivos e pressupostos possam ser ampliados e efetivados.

2.3 O SERVIÇO SOCIAL E SUA RELAÇÃO SOCIAL COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS

O Serviço Social tem o enfrentamento às expressões da questão social como objeto do seu trabalho, partindo do entendimento de que “a questão social se apresenta como um eixo central capaz de articular a gênese das expressões inerentes ao modo de produzir-se e reproduzir-se do capitalismo contemporâneo” (BEHRING; SANTOS, 2009, p. 275). Portanto, requisita-se que a profissão incorpore, necessariamente, “os componentes de resistência e de ruptura presentes

nas expressões e na constituição de formas de enfrentamento da questão social” (BEHRING; SANTOS, 2009, p. 273).

Neste sentido, importa retomar que o Serviço Social nasceu em resposta direta às refrações da questão social que se intensificaram na sociedade capitalista. Durante os séculos XIX e XX, a industrialização acelerada trouxe consigo uma série de problemas sociais, como a exploração dos trabalhadores, a miséria urbana, a falta de acesso a serviços básicos e a crescente desigualdade econômica. Foi nesse contexto que os assistentes sociais surgiram como agentes de mudança, visando aliviar o sofrimento humano e promover o bem-estar social (NETTO, 2006).

O Serviço Social desempenha um papel fundamental na área da saúde, atuando no suporte a indivíduos e comunidades que enfrentam desafios relacionados à saúde e no âmbito da gestão da política pública de saúde, mais especificamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, trabalha na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no apoio a indivíduos e comunidades que enfrentam desafios relacionados à saúde. Sua abordagem crítica comprometida com justiça social tornam-no uma parte essencial no sistema de saúde.

Na atualidade, o Serviço Social atua em diversos âmbitos no campo da saúde, tais como: hospitais e clínicas; instituições que cuidam da saúde mental; gestão do SUS; reabilitação, cuidados paliativos, entre outros. Em todos estes locais o Serviço Social é pautado pelos Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde (CFESS – Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde, 2009). Os parâmetros propõem:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária. (CFESS, 1999, p. 30).

Entretanto é necessário contextualizar a edificação histórica na qual os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde se alicerçam. O Serviço Social é uma profissão historicamente enraizada na sociedade brasileira (tendo em vista sua existência de quase 1 Século). Foi moldado por uma série de fatores sociais e políticos ao longo dos tempos, tendo sido sensível a transformações consideráveis,

enfrentando desafios e mudanças, especialmente na sua atuação em áreas cruciais, como a saúde.

Essas mudanças são frequentemente resultado de novas demandas políticas, reformas institucionais, movimentos sociais e do contexto em constante evolução. Essas transformações foram ocorrendo associadas às transformações vividas pelo país, de antes, durante, e após ditadura, ou seja, em meio à transição política (BRAVO, 2011).

O Serviço Social no Brasil teve suas origens nas primeiras décadas do século XX, influenciado pelas ideias e práticas do movimento de caridade e filantropia. Na época, as atividades de assistência social eram realizadas principalmente por organizações religiosas e instituições de caridade. Teve forte influência Norte-Americana, haja vista que nos anos 1930 e 1940, o Serviço Social no Brasil foi fortemente influenciado pelos modelos norte-americanos, com a introdução de técnicas e abordagens de trabalho social importadas dos Estados Unidos. Essa influência contribuiu para a profissionalização da área (LOPES, 2016).

Durante as décadas de 1950 e 1960, houve um crescimento significativo da profissão de assistente social no Brasil. O serviço social se expandiu para setores como a saúde, educação, justiça e previdência social. A partir de 1964, o Brasil entrou em um período de ditadura militar que durou até meados dos anos 1980. Durante esse período, houve uma forte repressão política e social, o que teve impacto sobre a atuação dos assistentes sociais. Muitos profissionais enfrentaram desafios éticos e políticos em seu trabalho, pois o regime militar impunha restrições à liberdade de expressão e associação (LOPES, 2016).

No entanto, na década de 1960, o serviço social no Brasil e em outros lugares passou por um período de crítica e transformação conhecido como a "Reconceituação". Nesse período, muitos assistentes sociais passaram a questionar a orientação tradicional da profissão e a buscar abordagens mais críticas e engajadas politicamente. Historicamente, o serviço social no Brasil estava em um estágio de consolidação e profissionalização, mas também estava mais alinhado com abordagens tradicionais de assistência e caridade.

Nesse cenário, é correto afirmar que o Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina representou uma quebra significativa em relação ao Serviço Social tradicional e conservador. Ele abriu caminho para a busca de uma

nova identidade profissional que se orientasse na direção das necessidades da classe trabalhadora (LOPES, 2016; NETO, 2007).

A renovação do Serviço Social no Brasil implicou na secularização da profissão. Isso resultou na formação de um pluralismo teórico, político e ideológico, que gradualmente dissolveu a visão conservadora da profissão, previamente fortalecida pelo Estado. Dessa forma, essa renovação possibilitou a busca de uma abordagem mais progressista e a intenção de romper com o conservadorismo profissional (IAMAMOTO, 2011).

Este período é marcado pela busca do reconhecimento e aprimoramento do ensino no Serviço Social o que levou à adoção da perspectiva modernizadora na renovação da profissão. Essa abordagem visava ajustar o Serviço Social às novas demandas dos processos sociopolíticos emergentes.

Porém, importa registrar que a ditadura militar teve um impacto profundo nos ideais de transformação da profissão e somente com o fim do regime militar nos anos 1980, houve uma retomada da democracia no Brasil, o que permitiu uma maior abertura e participação política para os assistentes sociais e por consequência a sua reestrutura-se inserida na sociedade, tornando-se uma profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho (LOPES, 2016; NETO, 2007).

Soma-se ao contexto da ditadura militar a ascensão das políticas neoliberais a partir das décadas de 1970 e 1980 trouxe uma série de desafios para os assistentes sociais na saúde e em outras áreas, para Neto (2007) o Serviço Social adaptou-se ao plano do governo para atender aos interesses do "grande capital".

O neoliberalismo enfatiza a redução do papel do Estado na provisão de serviços sociais e a ênfase na eficiência do mercado, o que impactou diretamente a maneira como o Serviço Social era concebido e implementado. As políticas de austeridade, a privatização de serviços públicos e a redução de investimentos em políticas sociais tornaram-se predominantes, colocando pressão sobre os profissionais do Serviço Social (BRAVO, 2011).

Perante este contexto, Iamamoto (2011, p. 40) considera que o serviço social vivencia:

[...] uma tensão entre uma atividade legalmente regulamentada como profissão liberal, dotada de relativa autonomia na condução e direcionamento social, historicamente determinada pela correlação de forças sociais e políticas; mas que se realiza pela mediação do trabalho

assalariado, que atualiza no universo da profissão os determinantes da alienação do trabalho.

Os assistentes sociais se inserem no mercado de trabalho como trabalhadores assalariados, estabelecendo uma relação de compra e venda de sua força de trabalho especializada e capacitada com organizações empregadoras, consolidando assim sua presença social com relativa autonomia no desenvolvimento da sua prática.

Ainda, conforme Iamamoto (2011, p. 41), se “a profissão dispõe de condicionantes sociais que ultrapassam a vontade e a consciência de seus agentes individuais, ela é também fruto dos sujeitos que a constroem coletivamente, forjando respostas profissionais”. Assim, nas últimas décadas, o Serviço Social brasileiro passou por uma reorganização, desafiando ativamente os valores tradicionais e conservadores da profissão, respondendo de forma crítica às demandas contemporâneas.

Pois que a profissão emerge atendendo aos interesses do capital e, concomitantemente, ao usuário das políticas públicas nos diferentes espaços sócio ocupacionais, entre eles a saúde. Conforme Netto (2006), a profissão de Serviço Social é tida pelo Estado como resposta à necessidade de controle do equilíbrio da força de trabalho e de legitimação da instância estatal como força garantidora da propagação do modelo de reprodução capitalista.

Ainda o contexto sócio histórico da emergência do Serviço Social na saúde e nas políticas sociais reflete a resposta a desafios sociais e econômicos inerentes à sociedade capitalista. A ascensão das políticas neoliberais acrescentou complexidade ao papel dos assistentes sociais, criando uma tensão constante entre a necessidade de atender às demandas das políticas vigentes e o compromisso com a justiça social e o bem-estar das populações atendidas.

Outro aspecto a ser considerado é que os serviços de saúde, requisitam assistentes sociais capazes de responder ao mercado de trabalho, ou seja, molda-se a suprir as necessidades imediatas e mediatas capazes de recuperar a saúde das pessoas tendo em vista a prontidão destes trabalhadores e trabalhadores retornarem aos postos de trabalho, o que evidentemente vai contra ao seu projeto ético político (CORREIA, 2009).

Por outro lado, o objetivo dos/as assistentes no campo da saúde, também é contribuir com o alcance do elo perdido, rompido pelo excesso de burocratização

dos processos, tanto internamente, entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto externamente, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais. Isso porque a política de saúde e o Serviço Social constituíram-se, nas últimas décadas, em projetos que comungam do mesmo ideal, qual seja superar as contradições existentes no bojo da sociedade capitalista (MATOS, 2006).

2.4 DESAFIOS HISTÓRICOS E ATUAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE

A partir da década de 40, a saúde passou a ser o campo que mais absorveu assistentes sociais, sendo os hospitais as principais instituições de atuação desses profissionais, período no qual, nessa área, a profissão ficou conhecida como Serviço Social Médico (BEREZOVSKY, 1977 apud MARSIGLIA, 2016).

Nesse período a atuação dos assistentes sociais se constituía de uma ação psicossocial junto de pacientes e familiares, tendo como uma das principais atividades realizadas o processo de Seleção Socioeconômica, a fim de concentrar seus esforços naqueles indivíduos que não faziam parte da classe trabalhadora e dependiam de serviços da caridade e assistencialismo de hospitais públicos e profissionais de saúde do MESP, pois não eram contribuintes e, conseqüentemente, “beneficiários dos Institutos de Pensão e Aposentadorias (IAPS)” (MARSIGLIA, 2016, p. 43).

Contudo, o rompimento com o tradicionalismo não ocorre de fato, mas apenas há a captura desse conservadorismo sob novas roupagens, sem um questionamento crítico sobre a ordem sócio-política e, por esse motivo, o termo utilizado para designar esse momento é “intenção de ruptura” (NETTO, 2006).

Com o fim do regime militar, houve uma eclosão do movimento de redemocratização social brasileira, o que impulsionou as tendências de intenção de ruptura dentro do Serviço Social. No entanto, essas reflexões não tiveram grande impacto sobre os profissionais que trabalhavam na área da saúde, que continuavam atuando como paramédicos, reforçando assim o protagonismo médico, dominante na área (KRÜGER, 2010).

O Serviço Social e a Reforma Sanitária no Brasil estão intrinsecamente ligados, uma vez que o Serviço Social desempenha um papel crucial na

implementação e no fortalecimento das políticas de saúde no país. Durante o processo de Reforma Sanitária, que teve seu marco na década de 1980, o Serviço Social desempenhou um papel importante na defesa de um sistema de saúde público, universal e de qualidade.

Em 1986, no VIII Congresso Nacional de Saúde, houve o fortalecimento das propostas de um novo modelo de atenção à saúde elaborado pelo MRS, que se conformaram com a definição da Constituição Federal, em 1888. A reforma sanitária definiu a universalidade de acesso à saúde, o Estado como principal agente regulador e deu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o aumento de eventos e espaços de discussões acerca do rumo da saúde pública no Brasil, assistentes sociais e estudantes do Serviço Social passaram a timidamente a participar de debates em congressos como o supracitado, que discutiam sobre a organização e funcionamento de serviços de saúde, controle social e educação em saúde, bem como sobre o processo saúde/doença como resultado de condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

Isso criou uma dicotomia dentro da profissão, pois ao mesmo tempo que havia esse interesse por parcela da classe de profissionais e discentes que almejavam o rompimento com práticas burocráticas, executivas e concessões de benefícios imediatistas, a parcela da categoria que trabalhava no âmbito da saúde chega à década 90 dissociados dessa vertente e do Movimento de Reforma Sanitária (BRAVO, 2009).

Com a implantação do SUS, em 1990, e de sua regulamentação pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, a saúde teve seu conceito ampliado, tendo como condicionantes e determinantes da saúde “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

Com a superação do modelo biomédico centrado nas doenças e práticas curativas, bem como com a revisão de conceitos que já se delineava dentro da categoria profissional alicerçada pela leitura crítica da conjuntura social brasileira, assistentes sociais passam a atuar como promotores dos princípios do SUS e como articulador da política de saúde com demais políticas públicas.

Em 1993, é consolidado o Movimento de Reconceituação, que estabeleceu o compromisso de um exercício profissional pautado em prol dos interesses da classe

trabalhadora e na construção de uma nova ordem societária, o que resultou na criação do Projeto Ético-Político (PEP).

O PEP deixa explícito qual a direção que a profissão deve seguir, de acordo com Netto (1999, p. 16):

[...] ele se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considera a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida.

Ainda no mesmo ano, foi consolidado o Código de Ética profissional que teve como base os pilares da PEP e a Lei nº 8.662/93, que regulamenta o exercício profissional do Assistente Social em todo o território brasileiro, substituindo a legislação que vigorava desde 1957.

Contudo, é apenas com a Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde, ratificada, posteriormente, na Resolução nº 287/1998. Bem como, com a Resolução nº 383/1999 do CFESS, que o Serviço Social passa a ser, oficialmente, reconhecido como uma profissão da saúde.

Portanto, é na renovação do modelo de atenção à saúde no Brasil, quando o SUS passa a considerar a saúde como resultado de condições econômicas, políticas, sociais e culturais, que o Serviço Social, junto de outras profissões, tornou-se uma profissão necessária na identificação e análise de fatores que interferem no processo de saúde-doença (MEDEIROS, 2012).

Nesse sentido, pode-se inferir que é no cerne da questão social que reside a existência de um conjunto de necessidades intrinsecamente ligadas às condições históricas do desenvolvimento da política de saúde no Brasil e, por consequência à aceitação social da profissão dos assistentes sociais dentro dos serviços de saúde (COSTA, 1998).

Em apoio ao projeto da Reforma Sanitária, destacam-se os seguintes elementos-chave: a democratização do acesso, a universalização das ações, a descentralização, o aprimoramento dos serviços, incorporando um novo modelo assistencial baseado na integralidade e equidade das ações, juntamente com as conferências de saúde. Seu princípio fundamental reside na concepção da saúde como um direito de todos e uma responsabilidade do Estado. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, sua natureza,

estrutura, funcionamento e a alocação de recursos foram devidamente regulamentados por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei 8.080/90, bem como pela Lei 8.142/90, que estabelece os requisitos para a promoção do controle social democrático.

O profissional de Serviço Social atua em diversas frentes na área da saúde, trabalhando em hospitais, unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial, entre outros espaços. Sua atuação envolve a promoção da cidadania, o acolhimento e o acompanhamento de pacientes e suas famílias, o combate à discriminação e a defesa do acesso equitativo aos serviços de saúde.

Além disso, o Serviço Social desempenha um papel fundamental na articulação entre os usuários do sistema de saúde e os gestores, ajudando a construir estratégias de participação social e no controle social das políticas de saúde. Essa atuação é essencial para garantir que as políticas de saúde atendam às reais necessidades da população e estejam alinhadas com os princípios da Reforma Sanitária.

Os/as assistentes sociais ao serem reconhecidos como profissionais da saúde, estão capacitados para atuarem em todos os níveis de atenção do SUS, desde a atenção básica até unidades de média e alta complexidade, na rede de serviços, públicas e/ou privadas.

A alta complexidade em saúde representa-se pelas intervenções que aliam procedimentos de alta tecnologia e custo elevado, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, através da integração aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (SILVA, 2017, p. 2).

Assim, para atuar no âmbito hospitalar, onde é necessário saber reconhecer as determinações sociais da saúde e os determinantes sociais que envolvem a relação saúde-doença, o assistente social é amparado pelo seu Código de Ética e pelo Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, que tem por finalidade “referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 5).

Orientado pelas proposições descritas no parâmetro, o profissional atua sob seis eixos de ação, sendo eles: ações assistenciais; ações em equipe; ações socioeducativas; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p. 6).

Para que seja fornecido um atendimento de qualidade a população usuária, esses eixos não podem ser trabalhados de forma individual, pois só funcionam interligados.

Ademais, o documento também dispõe sobre diferentes resoluções e normativas importantes para uma atuação interventiva que assegure o direito dos usuários aos serviços.

Em resumo, o Serviço Social desempenha um papel estratégico na promoção e defesa do direito à saúde no Brasil, atuando em parceria com outros profissionais de saúde e movimentos sociais para construir um sistema de saúde mais justo e inclusivo, de acordo com os princípios da Reforma Sanitária.

3 O SERVIÇO SOCIAL NO HUSM

O terceiro capítulo tem por objetivo apresentar brevemente sobre a instituição onde foi realizada a experiência de estágio, mostrando a estrutura física e os setores que compõem o HUSM, que fazem dele um hospital de referência de atenção à saúde para diversos municípios da 4ªCRS.

Posteriormente, retrata a atuação do Serviço Social no âmbito de um hospital de alta complexidade, demonstrando a essencialidade de ter os conhecimentos específicos do assistente social inserido na equipe multiprofissional.

Por fim, expõe ações específicas de um assistente social no setor de hemato-oncologia, apontando desafios e possibilidades no cotidiano desses profissionais ao trabalharem com usuários tão complexos.

3.1 O HUSM COMO REFERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) caracteriza-se como um hospital geral, de ensino, público, de nível terciário, que atende de forma integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Localizado no campus da Universidade Federal de Santa Maria, no centro geográfico do estado do Rio Grande do Sul (RS), o HUSM presta serviços assistenciais e serve de campo de prática para alunos de ensino técnico, de graduação e de pós-graduação, dos cursos da área da saúde e outras áreas do

conhecimento da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e outras Instituições de Ensino da região.

O HUSM é referência para atendimentos de alta complexidade para a população de 45 municípios da 11ª região do Rio Grande do Sul e atende pacientes portadores de complicações clínicas ou cirúrgicas, gestantes de alto risco, recém-nascidos e pacientes que necessitam de transplante de rim ou medula óssea.

Além disso, o hospital também está habilitado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), nos Serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica e conta com o Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO). O HUSM também é, juntamente ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um hospital que é referência no atendimento a crianças e adolescentes oncológicos, com o setor chamado Centro de Tratamento à Criança e Adolescente com Câncer (CTCRIAC).

A capacidade do HUSM é de cerca de 403 leitos de internação e cotidianamente, circulam pelo hospital cerca de seis mil pessoas entre pacientes, acompanhantes, alunos, funcionários, residentes e docentes.

O Hospital oferece e possibilita o funcionamento integral aos profissionais multiprofissionais que atuam junto às Residências em Saúde Integral de 51 Programas de Residência Médica.

A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde contempla profissionais de 10 cursos ligados à área da Saúde, sendo: Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fonoaudiologia, Farmácia, Oftalmologia e Odontologia, distribuídos em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

Ademais, o HUSM também conta com funcionários contratados da EBSEERH e terceirizados. Desde 2013 o hospital vem passando por mudanças, especialmente, após a UFSM ter firmado contrato, assim como aconteceu com diversos hospitais escolas do Brasil, com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH).

A EBSEERH é uma empresa de natureza privada com caráter público, vinculada ao MEC e responsável pela administração dos recursos disponibilizados ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), que são repassados para os hospitais universitários através do MEC, a fim de "(realizar) a recomposição do financiamento dos hospitais universitários federais e a recuperação física e tecnológica das unidades" (MEC, 2013, p. 1).

Segundo Sant’Helena et al. (2013), uma das justificativas para a criação da EBSEH seria uma exigência tanto do governo como da sociedade civil da necessidade de diminuir o gasto e despesas das verbas investidas em saúde, resultando assim, em um aumento de produtividade e melhoria no atendimento dos HUs.

Contudo, sabe-se que produtividade nem sempre é sinônimo de qualidade, sendo assim, essa concepção diverge do princípio de integralidade do SUS, isso porque um atendimento integrado exige do profissional um olhar ampliado da saúde, considerando o sujeito como um todo e não meramente como uma questão biológica, o que demanda tempo para o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários.

Apesar disso, o HUSM é uma instituição que continua sendo referência em muitos aspectos, principalmente no que se refere à formação profissional, feita através do desenvolvimento de ensino, pesquisa e extensão para um aprimoramento na assistência à comunidade na área da saúde.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DO HUSM

Os/as assistentes sociais ao serem reconhecidos como profissionais da saúde, estão capacitados para atuarem em todos os níveis de atenção do SUS, desde a atenção básica até unidades de média e alta complexidade, na rede de serviços, públicas e/ou privadas.

A alta complexidade em saúde representa-se pelas intervenções que aliam procedimentos de alta tecnologia e custo elevado, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, através da integração aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (SILVA, 2017, p. 2).

Assim, para atuar no âmbito hospitalar, onde é necessário saber reconhecer as determinações sociais da saúde e os determinantes sociais que envolvem a relação saúde-doença, o assistente social é amparado pelo seu Código de Ética e pelo Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, que tem por finalidade “referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde” (CFESS, 2010, p. 5).

Orientado pelas proposições descritas no parâmetro, o profissional atua sob seis eixos de ação, sendo eles: ações assistenciais; ações em equipe; ações

socioeducativas; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p. 6).

Para que seja fornecido um atendimento de qualidade a população usuária, esses eixos não podem ser trabalhados de forma individual, pois só funcionam interligados. Ademais, o documento também dispõe sobre diferentes resoluções e normativas importantes para uma atuação interventiva que assegure o direito dos usuários aos serviços.

O HUSM ao se configurar como uma referência hospitalar de alta complexidade do SUS tendo dentre suas diversas áreas uma assistência especializada em pacientes oncológicos, possui uma equipe multiprofissional, na qual inclui assistentes sociais, que são responsáveis por assistir esses pacientes.

A presença de equipes multiprofissionais é de suma importância para a efetivação dos direitos dos pacientes/usuários, sendo essa integralidade do cuidado um elemento estruturante da Política Nacional de Humanização.

De acordo com a PNH a “(clínica ampliada) busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (BRASIL, 2009).

Para a efetivação do cuidado integral os profissionais precisam passar por qualificações.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma política de atenção aos trabalhadores, que tem por objetivo a troca de conhecimentos a partir dos saberes existentes de cada profissão. Contudo, a apreensão de novas técnicas profissionais trata-se apenas de uma parcela do elemento de formação, sendo necessário refletir criticamente sobre os valores, estruturas de poder e organização das instituições, tendo como base as necessidades de saúde da população usuária (BRASIL, 2003).

Além disso, os *rounds* semanais, tem como objetivo promover a integração da equipe multidisciplinar, neste espaço são viabilizadas discussões de casos para um melhor entendimento pela equipe sobre quais as melhores opções de atenção aos usuários. Também se torna um momento de qualificação tendo em vista que os profissionais aprendem uns com os outros, o que para Moraes (2019) promove ao usuário uma assistência humanizada e qualificada, baseada em evidências.

O Serviço Social ao fazer parte da equipe multiprofissional em saúde, torna-se fundamental para viabilizar o acesso às condições necessárias para a efetivação

dos direitos sociais, pois identifica as necessidades dos usuários que vão para além do fator biológico, como fatores sociais, culturais e econômicos que esses sujeitos vivenciam numa perspectiva de totalidade e que estão diretamente ligadas ao processo de saúde-doença. Portanto, o assistente social atua sobre os determinantes sociais da saúde.

Os DSS estão em conformidade com o projeto ético-político dos assistentes sociais, permitindo a “compreensão da produção social da doença”, sendo o estudo da produção social da doença feito pela saúde coletiva. (LOPES et al, 2020, p. 87).

Ademais, o Serviço Social no HUSM trabalha articulado tanto com as redes de apoio do próprio município de Santa Maria como com as Redes de municípios que são referências do hospital, como as Secretaria de Saúde, Secretaria de Assistência e instituições do terceiro setor, como as Organizações Não Governamentais (ONGS).

Dessa forma, Monnerat e Souza (2011) afirmam que “o conceito de intersetorialidade se volta para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública.”

Ainda de acordo com Vitoriano (2011), essa articulação tem como objetivo potencializar as políticas públicas, diante da escassez de recursos. O papel da rede é, portanto, uma articulação entre o conjunto de políticas públicas, serviços, programas e projetos estruturados e organizados que possibilitam alcançar uma maior efetividade frente às expressões da questão social.

3.3 O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO HEMATO-ONCOLÓGICA

O trabalho desenvolvido pelo assistente social dentro da equipe multiprofissional em saúde da Hemato-oncologia é de acolher pacientes com diagnóstico ou sob investigação de doenças hemato-oncológicas, no sentido de garantir o acesso à informação dos usuários, familiares e/ou rede de apoio social quanto ao processo de tratamento, bem como referente aos direitos, benefícios assistenciais e previdenciários previstos para estes pacientes.

Conforme o INCA, o Serviço Social tem por base os parâmetros gerais de saúde que ancoram as ações profissionais, definindo a profissão como tendo na sua gênese um caráter interventivo:

Profissional reconhecidamente defensor do acesso ao SUS, identificado com a prática interdisciplinar no cuidado integral em saúde. Suas ações devem estar fundamentadas no Projeto Ético Político do Serviço Social que se volta para o compromisso com a população usuária da atenção oncológica. Tem intrínseco em suas práticas em saúde a divulgação dos direitos sociais como estratégia para ampliação das políticas públicas sociais e do controle social em saúde (INCA, 2012, p .52).

No que se refere ao trabalho do SS no setor hemato-oncológico do HUSM, ficam delineadas algumas rotinas tais como:

- 1) Acolhimento ao paciente e familiares ou acompanhantes no leito, com vistas a identificar o contexto familiar e realidade social, econômica e cultural em que o (a) usuário (a) está inserido;
- 2) Acompanhamento e orientações referentes aos direitos e benefícios assistenciais disponíveis ao paciente oncológico (a) e familiares no período em que o paciente estiver internado;
- 3) Encaminhamento às Redes de Apoio de acordo com a demanda de cada usuário (a), visando garantir o acesso aos recursos disponíveis no território que possam auxiliá-lo durante o período em que estiver internado.
- 4) Orientação e realização de encaminhamentos para abertura de processo judicial de medicamentos via Defensoria Pública da União (DPU), Defensoria Pública do Estado (DPE) ou pela farmácia do município onde reside o paciente.
- 5) Orientação e encaminhamentos para exames que não sejam realizados no HUSM, quando solicitado pelo médico responsável, com vistas a promover através da prefeitura do município do usuário, as condições para o deslocamento até o hospital de referência para dar continuidade no tratamento;
- 6) Contato com a Rede de atenção à saúde e socioassistencial do município de origem do (a) paciente, buscando articular com as instituições sobre a conduta e seguimento de acompanhamento à saúde do usuário após alta hospitalar.

O HUSM por se tratar de um hospital de referência para os municípios da 4ºCRS recebe todos os dias pacientes de diferentes cidades da região, por isso, uma demanda recorrente trata-se do requerimento de encaminhamentos para as casas de apoio, organizações não-governamentais que compõem o terceiro setor.

Esse fator dificulta o trabalho dos assistentes sociais do HUSM que diariamente fazem encaminhamentos de abrigo para famílias que são de fora de Santa Maria e não podem ficar indo e voltando ao hospital devido ao sistema imunológico fragilizado do utente ou alçar com o pagamento de hospedagem em hotéis.

No município de Santa Maria existem três casas de abrigo exclusivamente para pessoas com câncer, sendo elas: Associação de Apoio à Pessoa com Câncer (Aapecan), Centro de Apoio à Criança com Câncer (CACC) e a Casa Maria, além disso, há também a Associação Leon Denis e a Casa Vida que atendem pessoas sob qualquer tratamento médico do HUSM.

Dentre essas, apenas a Leon Denis e a Casa Maria possuem abrigo exclusivo para pessoas que estão na fase pós TCTH, o que não é o suficiente tendo em vista que para além da hospedagem, é necessário uma dieta balanceada e regrada, que nem sempre pode ser oferecida por essas ONGs que contam com doação de alimentos e voluntários.

Os pacientes também têm a saúde mental fragilizada, primeiramente por se depararem com o diagnóstico de uma doença crônica, sendo submetidos a métodos terapêuticos agressivos como radioterapia e quimioterapia e posteriormente por serem indicados a um tratamento tão agressivo quanto que é o caso do TCTH.

Nesse momento, eles são atravessados por diferentes sentimentos como esperança, medo, tristeza, frustração, entre outras, chegando por vezes não aceitarem a indicação da equipe médica para a realização do transplante.

O TCTH é um procedimento complexo e bastante agressivo para a saúde, mas que também envolve problemas de ordem psicossocial, desencadeando desgastes emocionais, físico, social e econômico não somente ao paciente, mas também ao núcleo familiar, necessitando assim de um cuidado integral por diversos núcleos profissionais (MASTROPIETRO et al, 2010).

Dessa maneira, além de terem suas vidas modificadas após a confirmação do diagnóstico de uma doença grave, após serem encaminhados para o TMO, têm essas condições agudizadas devido às limitações e restrições que são impostas à vida desses pacientes nessa condição (MASTROPIETRO et al, 2006).

Importa frisar que o aumento na incidência de casos de câncer no Brasil é uma problemática que tem sido bastante debatida, sendo considerada, inclusive,

pelo Instituto Nacional Câncer (INCA) como “o principal problema de saúde pública do mundo” (INCA, 2021).

Para alguns pacientes com tipos específicos de neoplasia hematológicas, após a tentativa de outras técnicas terapêuticas, pode ser indicado o tratamento de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH), também conhecido como Transplante de Medula Óssea (TMO), sendo considerado um recurso “efetivo para a sobrevivência desses pacientes” (FERREIRA et al, 2011).

O TMO é um procedimento de alta complexidade, indicado especialmente para doenças que comprometam a função da medula óssea. A técnica consiste na infusão intravenosa de células-tronco hematopoéticas dentro da medula óssea e tem por objetivo restabelecer o funcionamento medular defeituoso ou hipofuncional (Armitage, 1994).

Existem três tipos de TCTH, sendo estes: alogênico, autogênico ou singênico. No transplante alogênico as células progenitoras são advindas de um indivíduo (doador) para outro (receptor), com o doador podendo ser aparentado ou não aparentado; no autogênico as células progenitoras provém do próprio paciente e, por fim, no singênico as células progenitoras provém de um irmão gêmeo idêntico (univitelino) (AZEVEDO; RIBEIRO, 2000).

O procedimento caracteriza-se por ser bastante agressivo, devido, sobretudo, aos efeitos colaterais das altas doses de quimioterapia e radioterapia utilizadas para a erradicação da doença de base, deprimindo intensamente o sistema imunológico e alterando a fisiologia de múltiplos órgãos, podendo levar a predisposição a infecções e outros agravos à saúde (ANDERS et al, 2000).

Embora o TMO seja uma terapia agressiva, com possibilidade de ter diversas complicações pós-TMO e com um alto índice de morbidade precoce, este tem sido cada vez mais utilizado, apontando um número de 1972 transplantes de medula óssea realizados, no ano 2023, de acordo com o Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

O serviço social ao atuar dentro da equipe multiprofissional, se torna relevante nesse processo, pois além de atuar na perspectiva da garantia dos direitos sociais, tem sua dimensão técnico-operativa articulada ao projeto ético político, o que exige um olhar crítico acerca da realidade social de cada usuário.

Para tanto, o profissional faz o acompanhamento do caso em todas as fases do TMO (pré, per e pós), seguindo as atividades estipuladas no procedimento

operacional padrão (POP). Sendo assim, no pré-transplante apresentam-se as seguintes práticas profissionais: realização de entrevista social, atendimento ambulatorial e acompanhamento até a internação.

Nesse momento, o profissional se utilizará de ações sócio educativas como o acolhimento mediadas através do diálogo, para fornecer ao paciente e familiares conhecimento frente ao processo de tratamento, assim como no intuito de colher informações sobre a história de vida do mesmo, fornecendo uma escuta qualificada quanto aos seus sentimentos, valores, crenças e modos de vida, criando, também, dessa forma, uma aproximação com o usuário.

Através da entrevista também se buscará compreender questões previdenciárias, de moradia, lazer e cultura. Posteriormente se organizará um plano individual de atendimento e estratégias de ações junto a equipe multiprofissional a fim de responder às demandas apresentadas.

Também é feito uma articulação com a Rede de atenção onde o usuário reside, identificando recursos disponíveis e propondo soluções que possibilitem o retorno ao seu domicílio, bem como para que estes serviços tenham a consciência da existência de um paciente tão complexo no território, a fim de que ele receba a atenção necessária e um cuidado integral pós transplante.

A integralidade deve nortear as práticas dos profissionais da saúde e a organização do processo de trabalho, neste sentido o objetivo é facilitar o regresso do sujeito para a família ou a transferência adequada, e em tempo útil, para outros serviços de saúde, assegurando, em qualquer caso, a continuidade do cuidado, a garantia da qualidade do serviço prestado, evitando-se a reinternação. (SEIBERT; COL, 2019, p. 9)

Ademais, será feito o acompanhamento psicossocial junto ao usuário e seus familiares e/ou cuidadores, onde serão prestadas as devidas orientações em relação aos direitos sociais, tanto na política de saúde, quanto nas demais políticas setoriais. Por fim, um instrumento que retornou a ser utilizado no CTMO após o período pandêmico é a visita domiciliar.

A visita que é previamente agendada com o usuário, geralmente quando este adentra ao D-10, é realizada por diferentes profissionais, incluindo o assistente social, e tem como objetivo compreender melhor o contexto habitacional, fazendo as devidas orientações quanto às adequações necessárias de acordo com as normas sanitárias e de habitação, bem como para ter o conhecimento da rede de atenção que dará continuidade nos cuidados fora do hospital.

Assim ocorrendo, a alta social pode ser efetivada de forma concomitante à alta clínica e o retorno para casa é feito da forma mais segura e tranquila possível.

4 RELATO DA EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DO HUSM

Este capítulo teve como propósito relatar a experiência do estágio bem como o desenvolvimento e aplicação do projeto de intervenção que teve como tema a importância da participação do assistente social no processo da alta social. E por fim, buscou retratar a visão de outros assistentes sociais de diferentes setores de internação sobre a temática e quais os desafios com que essas profissionais se deparam cotidianamente na efetivação de uma alta hospitalar segura.

4.1 A ALTA SOCIAL E SEUS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL: EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO

A alta hospitalar é o momento mais esperado tanto para o paciente quanto para o médico e a equipe multiprofissional que acompanha a evolução do tratamento do paciente e ocorre no momento em que se percebe que o paciente apresenta sinais de recuperação no quadro clínico.

No entanto, apenas a alta hospitalar não é o suficiente para garantir que o paciente tenha uma plena recuperação no âmbito domiciliar, portanto, é preciso pensar para além da saída do hospital todos os obstáculos que podem acarretar no agravamento do processo de recuperação biológica e, conseqüentemente, na reinternação do indivíduo.

Por exemplo, se o usuário possui um suporte sócio familiar, no caso de ser dependente para o autocuidado ou se possui condições financeiras para arcar com o pagamento de uma cuidadora bem como com o custo de medicamentos e o que mais venha a necessitar.

Durante o período de estágio obrigatório realizado no setor do CTMO observou-se ter sido demonstrado, em algumas situações, falta de compreensão por parte do restante da equipe de saúde sobre a importância da atuação do assistente social no processo da alta social. Isso porque ao focar apenas nos aspectos clínicos, desconsidera as condições objetivas e subjetivas do usuário e seus familiares e/ou acompanhantes, prejudicando o tratamento do paciente que sem as condições adequadas e sem uma rede de atenção à saúde e/ou uma rede de apoio sócio familiar articulada podem acabar retornando a internação com um quadro de saúde agravado ou até mesmo ir à óbito.

No HUSM a organização do trabalho da alta hospitalar dos assistentes sociais está pactuada através de um único Procedimento Operacional Padrão (POP) elaborado em dezembro de 2017 e revisado em dezembro de 2021 pelos próprios assistentes sociais do HUSM. O POP é um planejamento padronizado do trabalho que deve ser executado descrevendo as atividades rotineiras através de um passo a passo, com objetivo principal de garantir que o profissional que vai realizar a tarefa consiga fazê-lo de forma apropriada.

Durante o cotidiano, percebeu-se que o assistente social era chamado para participar do processo de alta apenas em situações de emergência, por exemplo, quando necessita-se contatar algum órgão público, demonstrando uma fragilidade na articulação da equipe multiprofissional.

[..] entende-se que o ideal seria mudar o modo de atendimento existente no hospital, ou seja, adotar um modelo de atendimento médico centrado em um cuidado compactado por todos os profissionais de saúde envolvidos com o usuário, tendo a clareza das contribuições de cada profissional e de sua real importância dentro da equipe, para que se atinja um trabalho interdisciplinar, em prol do atendimento ao mesmo, e se efetive um diálogo entre as áreas. (XAVIER e LOPES, 2016, p. 13).

Dessa forma, o projeto de intervenção desenvolvido teve como relevância repensar a retomada da alta social nos setores de internação do Centro de Tratamento à Criança e Adolescente com Câncer (CTCRIAC) e no Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) junto a equipe multidisciplinar da área da Hemato-oncologia, tendo em vista que a participação do Serviço Social no processo de alta do paciente oncológico, em alguns momentos, não estava sendo solicitada.

Diante disto, foi proposta uma reflexão com usuários e profissionais sobre o tema, ampliando a discussão sobre a temática alta social e o serviço social na

perspectiva multiprofissional, assunto ainda pouco explorado pela categoria tanto no âmbito acadêmico quanto pelos profissionais atuantes ou pesquisadores em Serviço Social da área.

Neste percurso, foi elaborado um instrumento informativo relacionado à alta hospitalar e social, com o objetivo de garantir a socialização de informações tanto dos usuários e familiares/cuidadores como da equipe de saúde sobre a conduta e seguimento de acompanhamento do usuário na rede de saúde no território onde mora.

Após discutir com o supervisor acadêmico juntamente da supervisora de campo, ficou estabelecido a seguinte metodologia de trabalho:

- 1) Explicação do conteúdo do folder seria com os pacientes e familiares ou acompanhantes internados no CTcriaC e CTMO.
- 2) Distribuição do material desenvolvido nos demais setores de internação do HUSM após diálogo e autorização das assistentes sociais responsáveis.

4.2 A ALTA SOCIAL NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ASSISTENTES SOCIAIS DO HUSM

Com o objetivo de entender um pouco mais sobre como é realizada a alta social dentro do HUSM, fêz-se uma breve entrevista com três assistentes sociais de diferentes setores de internação do hospital, sendo estes: setor de hemato-oncologia infantil, hemato-oncologia adulto e cardiologia, e internação psiquiatra, no intuito de compreender como se dá a atuação do assistente social na desospitalização de pacientes nos demais setores, bem como desafios enfrentados por estas profissionais nesse processo.

Para tanto, foram elaboradas 5 questões relacionadas à alta social, sendo elas:

- 1) Qual é o papel do/a assistente social no processo da alta hospitalar?
- 2) Quais são os principais desafios enfrentados pelos assistentes sociais ao lidar com a alta social?
- 3) Como você avalia as necessidades e capacidades dos pacientes antes de planejar a alta social?
- 4) Como é feito o planejamento da alta com outros membros da equipe de saúde, incluindo médicos e enfermeiros?

5) Quais as estratégias utilizadas para garantir uma transição suave e segura do paciente do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar ou outro local de cuidado?

Iniciou-se a fase de entrevistas com a assistente social responsável pelo setor de hemato-oncologia infantil na sala multiprofissional do próprio setor.

Posteriormente, realizou-se o questionário com a assistente social responsável pelo quarto andar, onde ficam internados os pacientes adultos da hemato-oncologia, nefrologia e da cardiologia. O encontro foi realizado na sala da equipe multiprofissional onde se deu o estágio, pois no local há uma sala à parte para conversar com privacidade.

E, por fim, com a assistente social responsável pela unidade de internação psiquiátrica, Paulo Guedes, onde foi realizado o encontro. As profissionais serão identificadas pelas letras A, B e C, respectivamente. Referente ao papel do/a assistente social no processo da alta hospitalar:

(A) Organização para garantia do acompanhamento e atendimento da Rede assistencial. Em alguns casos, evitando a reinternação hospitalar.

(B): Durante o período de internação a gente conhece o paciente, conhece o contexto e a gente vai ver essa questão do suporte para ver como é que as coisas estão organizadas para que ele possa dar alta, para evitar a reinternação. Porque se as coisas não estão organizadas, pode ser que o paciente dê alta, mas vai acontecer também dele voltar para o hospital até mais agravado ou pode acabar sendo negligenciado, às vezes não volta porque não tem ninguém que veja essa situação.

(C) Aqui na unidade a gente tem um sistema diferente de internação, a gente não atende por consultoria, a gente atende todos os pacientes que passam na internação. Pelas especificidades dos nossos usuários, que geralmente são pacientes de múltiplas internações, com histórico de vinculação frágil com a família, má adesão ao tratamento, então pelo menos a anamnese e um primeiro contato sempre se faz para um levantamento de demandas. A partir dali, eu não gosto de pensar assim, mas desde que ele entra a gente já pensa na alta, quando o paciente chega a gente avalia os vínculos familiares, qual a organização da família pro pós alta, avalia as circunstâncias da qual se deu a internação, enfim, várias situações que poderiam dificultar o retorno pra casa. Pacientes com múltiplas internações e má adesão ao tratamento, a família já está bem estafada, as vezes não tem mais condições de cuidar, então já tem essa questão do processo de institucionalização. Faz também essa articulação com a rede, vê quais serviços o usuário estava acessando, como estava esse vínculo, se ele estava pelo menos indo aos atendimentos, faz toda essa articulação com os serviços de referência para planejar a alta. (INFORMAÇÃO VERBAL).²

Percebe-se na resposta de todas as profissionais a palavra organização. Para tanto, o/a assistente social no processo de alta hospitalar utiliza-se de instrumentos

² Entrevista realizada com as assistentes sociais

como o acolhimento e a entrevista para conhecer a realidade social na qual o paciente está inserido, avaliando a realidade socio familiar e econômica do paciente, o grau de dependência, quais serviços serão necessários após a desospitalização, quais os limites e potencialidades que as famílias apresentam frente aos cuidados que deverão ser dispensados ao paciente, entre outras coisas. Sobre isso, Castro discorre:

Constatou-se que um dos objetivos das orientações é transmitir segurança para a família receber o usuário no domicílio. A interação entre profissionais e familiares durante a internação dos usuários é primordial para favorecer a continuidade do cuidado no domicílio. O processo de desospitalização é importante e proporciona a responsabilidade de todos os profissionais envolvidos para oferecer a RAS: e no domicílio, condições para a continuidade e a integralidade do cuidado fora do hospital. (CASTRO, 2016, p. 82).

Dessa forma, o trabalho profissional do assistente social é de extrema importância, pois através de suas habilidades técnicas, é capaz de prestar orientações e intervenções a fim de possibilitar o acesso do usuário aos serviços e produtos que necessitam para dar continuidade no tratamento após a saída do âmbito hospitalar, evitando possíveis reinternações.

Quanto aos desafios no processo da alta social:

(A): A precarização das políticas públicas e sociais na garantia dos direitos ao paciente.

(B): Às vezes nos avisam o assistente social quando o paciente já estão dando alta e querem que as coisas sejam resolvidas pra ontem e são coisas que não são fáceis de resolver, isso é uma das coisas e outra coisa que representa um desafio são coisas que fogem da nossa alçada, que é na justiça, quando combina algo com a família e no fim não tem condições. Tem algumas coisas que às vezes fogem do nosso trabalho enquanto assistente social e que se tornam um desafio, a questão de ser criativo, pensar no que fazer em cada situação, acho que tudo isso.

(C) O que a gente percebe é que a política no geral é muito linda, né? [...] Mas infelizmente a gente percebe que isso não é materializado conforme está previsto, então a maior barreira é essa, é não poder contar com os serviços dos territórios, é os serviços que recebem esses usuários e que estão inchados, que não conseguem fazer um acompanhamento de qualidade. A gente sempre prioriza e tenta trabalhar no sentido do cuidado em liberdade [...], mas sabe-se que nem sempre é possível por “N” fatores, né? Então a gente sempre trabalha com isso, mas quando isso não é possível, a gente tenta ver uma forma de auxiliar essa família com o processo de institucionalização. Às vezes vai muito pra esse lado por causa da insuficiência dos serviços que têm disponível nos territórios, Santa Maria é muito grande, mas os serviços de saúde mental são muito inchados e em outros municípios tem a questão de às vezes não ter serviços especializados. Então o que é difícil é encontrar alternativas dentro do território, aparelhos e estratégias para poder fazer com que aquele usuário

tenha adesão ao tratamento e acompanhamento pós alta para que não volte a internar. (INFORMAÇÃO VERBAL).³

Levando-se em consideração as respostas das assistentes sociais percebe-se a importância da intersetorialidade, sendo necessária para superar a fragmentação dos serviços públicos.

As autoras Rodrigues e Fonseca (2016) corroboram com essa afirmação quando dizem que a intersetorialidade tem por objetivo o enfrentamento de problemas complexos a partir de uma articulação entre sujeitos, vontade e poderes de setores sociais diversos.

Ademais, os problemas que perpassam o cotidiano do trabalho do assistente social repercutem tanto em suas relações de trabalho quanto na resolução das demandas apresentadas pelos usuários dos serviços, pois como qualquer outro trabalhador assalariado, o/a assistente social necessita de condições concretas para a realização de suas atividades.

Conforme Iamamoto:

A premissa é que o atual quadro sócio histórico não se reduz a um pano de fundo para que se possa, depois, discutir o trabalho profissional. Ele atravessa e conforma o cotidiano do exercício profissional do Assistente Social, afetando as suas condições e as relações de trabalho, assim como as condições de vida da população usuária dos serviços sociais. (IAMAMOTO, 2012, p. 19).

Dessa forma, a falta de recursos materiais, humanos, financeiros, entre outros, representam desafios no fazer profissional do assistente social.

Quanto a avaliação das necessidades e capacidades dos pacientes antes de planejar a alta social:

(A) Uma avaliação inicial inclui análise do conhecimento não só da saúde, mas também, da vida cotidiana da pessoa: trabalho, educação, moradia, renda, valores, crenças, etc. É o ponto inicial para conhecimentos das necessidades e a partir daí, trabalhar o potencial que o usuário poderá adquirir na alta social.

(B) A gente não faz uma avaliação, não tem um instrumento que a gente possa utilizar. E a alta, na verdade, é médica, né? Mas algumas coisas a gente vai estar vendo para organizar o suporte, então a partir do momento que essas coisas estão mais ou menos organizadas, a gente acaba liberando da nossa parte o paciente, só que as coisas nem sempre vão ser as ideais, mas a gente não tem um instrumento que consiga medir essa situação.

(C) A capacidade do nosso usuário aqui é bem relativa, né? A maioria dos nossos usuários aqui diferentes de outros lugares não tem alta sozinhos. A

³ Entrevista realizada com as assistentes sociais

gente tem os usuários interditados e os parcialmente interditados, que não podem responder por si e, sempre num primeiro momento, solicita-se supervisão próxima da família com relação a medicação, acompanhamento na primeira consulta pós alta e tudo mais. Então, capacidade a maioria deles não tem muito pra conseguir seguir os encaminhamentos e orientações sozinhos, então a gente sempre tem que ter o aporte muito forte da família, por isso, logo que começa a internação, a gente mais trabalha com a família do que propriamente com o usuário. (INFORMAÇÃO VERBAL).⁴

Nessa questão, destaca-se dois pontos: a necessidade de se conhecer a realidade social na qual o paciente está inserido, para assim, identificar as possíveis necessidades e também potencialidades para um pós alta.

O doente pode sair reforçado desta relação nas suas competências sociais, na medida em que, esta relação o torna capaz de "visualizar" e manejar" o seu problema, permitindo-lhe vê-lo mais claramente, assim como os recursos de que dispõe, ou seja, tornar-se capaz de tomar decisões, empenhando-se no seu tratamento, medindo os riscos e conseguindo tornar-se sujeito das suas próprias decisões, determinando quais os recursos necessários para a sua ultrapassagem, tornando-se capaz de empenhar nessa mesma ação. (CARVALHO, 2003, p .49).

Considerando os casos de doenças crônicas, o paciente muitas vezes, mesmo após a alta, ainda precisará conviver com o fato de estar doente e dar continuidade no tratamento. Dessa forma, reconhecer não somente as necessidades, mas as potencialidades desse paciente são fundamentais, pois ao motivar e dar autonomia a esse sujeito, permite que ele aceite melhor sua condição clínica incluindo-a, de modo racional, no seu cotidiano pessoal, familiar, profissional, entre outros.

E a importância do estímulo à participação da família durante o período de internação para que se torne possível a continuidade do cuidado no domicílio, visto que "a alta do doente dá-se ou para junto da família, ou para respostas na comunidade, ou para as duas em conjunto, quando são mobilizados apoios formais complementares à ação da família" (MASFRET apud CARVALHO, 2012, p. 265)

Dessa maneira, ter uma rede de suporte familiar no período de desospitalização é importante em todos os casos, a família se torna um recurso humano imprescindível e, portanto, deve ser valorizada e incluída em cada passo do processo de intervenções terapêuticas.

Sobre o planejamento da alta com outros membros da equipe de saúde, incluindo médicos e enfermeiros:

⁴ Entrevista realizada com as assistentes sociais

(A) Através de discussões, reuniões, rounds que envolvem as diversas questões biopsicossociais que trabalhadas em conjunto, respeitando a ética de cada profissional, são construídas antecedendo o momento da alta.

(B) Sim, normalmente essas demandas partem da equipe, aí a gente dá essas devolutivas também para a equipe. Às vezes a equipe só dá alta e às vezes não, eles chegam e dizem que estão aguardando o Serviço Social pra que consiga dar alta. A gente sempre vai discutindo com a equipe também, até pra repassar as vezes pra família que não está entendendo direito qual o quadro de saúde do paciente. O que ele vai precisar depois da alta? A gente pergunta pra enfermagem pra poder entender quais as necessidades dele e poder orientar a família e fazer os encaminhamentos para o pós alta.

(C) A gente tem uma rotina aqui na unidade de reuniões, toda semana a gente senta pra discutir os casos com a equipe multiprofissional, equipe médica e de enfermagem. A gente passa todos os casos, se detém mais nos novos, mas discute todos os casos e o que cada equipe está fazendo, quais encaminhamentos que a gente acredita ser necessário, daí como a gente sempre faz essa articulação com a família, a gente sempre traz o ponto de vista da família pra ir planejando quais serviços e encaminhamentos mais adequados pra aquele usuário. Esse plano é revisto toda semana, pois uma semana pode ser o mais adequado e outra semana não, então o planejamento aqui funciona muito bem. (INFORMAÇÃO VERBAL).⁵

As respostas demonstram a importância de uma ação integral ao usuário, tornando-se indispensável um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, que compreenda o conceito ampliado em saúde proposto pelo SUS.

A ideia de cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes corresponsáveis pela produção da saúde, feito por gente que cuida de gente. Assim, partilhamos de uma premissa de que o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, na medida em que o cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado. (MACHADO, et al, 2007, p. 338).

Dessa forma, a comunicação efetiva entre as equipes é primordial, pois o compartilhamento de informações e saberes específicos de cada profissão, garante aos pacientes uma maior segurança nas ações de cuidados.

Das estratégias utilizadas para garantir uma transição suave e segura do paciente do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar ou outro local de cuidado:

(A) Obter de forma segura informações que devem priorizar a saúde e o bem-estar do paciente no ambiente para onde será conduzido: condições de habitação, higiene, alimentação, entendimento do familiar ou cuidador quanto aos cuidados com a pessoa enferma e sua doença, por exemplo.

⁵ Entrevista realizada com as assistentes sociais

(B) A transição mais suave vai depender de vários fatores, então ter uma família bem orientada eu acho que é uma coisa bem importante, mas nem sempre as famílias que a gente acompanha são famílias que têm condições de ter um cognitivo de entender o que está acontecendo, mas a gente busca ver quem é o melhor familiar para receber essas orientações, então isso é algo que eu considero importante para ter uma transição mais tranquila. E o contato com a rede, né? Só que assim, lugares que tem uma equipe que possa fazer um acompanhamento é ótimo, mas geralmente não é a nossa realidade.

(C) A gente sempre tem uma cultura de participar o usuário sobre tudo o que está acontecendo, sobre o que a gente conversa com a família, quando tem um plano de institucionalização, a gente não comunica nunca o usuário, mas apesar da equipe nunca comunicar o usuário, a gente participa da comunicação e depois maneja isso. Então quando tem uma família que tem a intenção de institucionalizar, a gente já vai conversando com ele ao longo da internação, a família dá o comunicado sobre o que pensa pra um pós alta e a gente vai conversando depois pra tentar amenizar isso, então se conversa toda semana com a família nos dias de visita ou por telefone pra ver como eles estão se organizando ou o que deu de errado que gerou a internação pra tentar orientar e sanar essas questões. Então a estratégia que se usa é o acompanhamento e conhecimento da realidade daquele usuário pra ver de que forma isso pode se dar da forma mais tranquila possível. (INFORMAÇÃO VERBAL).⁶

A alta hospitalar, por vezes, pode representar um momento de insegurança e instabilidade para pacientes e familiares, dessa maneira, é necessário que se avalie quais as condições de recuperação para cada paciente fora do hospital.

O/a assistente social no planejamento da alta social deve considerar:

Se os usuários dispõem de rede de suporte socio familiar, se são dependentes para o autocuidado e para realizar as tarefas diárias, se dispõem de condições financeiras para arcar com os custos de um cuidador ou instituição para cuidados. Também há que se considerar se os familiares da pessoa adoecida necessitam se afastar do trabalho para efetuar os cuidados do mesmo, fato que pode interferir nas condições socioeconômicas da família. (FLESCH; ARAUJO, 2014 apud SEIBERT et al., 2019, p. 274).

Considerar tais condições contribui para uma melhor organização conforme as demandas apresentadas, encaminhamentos mais eficazes, no sentido de garantir uma transição mais tranquila do âmbito hospitalar para o âmbito domiciliar.

⁶ Entrevista realizada com as assistentes sociais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste Trabalho de Conclusão de Curso prendeu-se na demonstração da importância do Serviço Social junto a equipe multidisciplinar no processo de desospitalização de pacientes pós transplantados de medula óssea a partir de um relato de experiência de vivência de estágio curricular obrigatório em um hospital de alta complexidade.

Também buscou-se identificar os impactos sociais sofridos pelos usuários durante e após o processo de TMO que podem representar desafios no processo de organização da alta social.

A partir de uma recapitulação da política de saúde no Brasil, buscou-se demonstrar o quão árduo foi o percurso até alcançarmos um sistema de saúde nos moldes do SUS. E embora ainda haja transformações que precisam ocorrer para que de fato se consolide os princípios e diretrizes propostos, a defesa do SUS é indispensável e a ação do assistente social na área da saúde deve ir de encontro ao fortalecimento desses pressupostos.

Na reflexão acerca da inserção do Serviço Social na política da saúde, percebemos que o assistente social ao ser reconhecido como um profissional de saúde deve ter suas ações direcionadas com o que dispõe PEP, atuando sobre os determinantes sociais da saúde e prezando pela efetivação do conceito ampliado em saúde do Humaniza SUS.

Ademais, além do profissional precisar criar estratégias para intervir sobre diferentes demandas que surgem cotidianamente a partir de diversas expressões da questão social, os mesmos também tem se dedicado a ações em outros setores do SUS, como gestão, planejamento e ações educacionais em saúde.

Relativamente à temática de alta social, percebe-se que o planejamento da alta hospitalar é iniciado pelos assistentes social o mais precocemente possível, identificando demandas e criando estratégias junto ao restante da equipe multiprofissional e dialogando com demais serviços e políticas setoriais para reunir insumos para o momento da desospitalização de um paciente tão complexo como o paciente pós TMO.

Referente ao TMO, foi possível observar que os pacientes que passam pela experiência radical do transplante, sofrem um impacto biopsicossocial. A descoberta de uma doença grave como o câncer que pode vir a ser fatal, seguido da indicação a

um tratamento complexo, agressivo e invasivo, que potencialmente pode levar ao óbito, acarretam ao paciente e ao núcleo familiar sentimentos dúbios de esperança e medo.

Além disso, a necessidade do afastamento de atividades laborativas, seja por parte do utente, do cuidador ou de ambos, afetam de forma significativa a renda econômica da família, que irão demandar uma atenção integral por todos os profissionais da equipe multidisciplinar.

Através do diálogo realizado com as assistentes sociais, observou-se que a intervenção do Serviço Social na instituição, embora seja orientado pelo POP - Procedimento Operacional Padrão, é dotada de particularidades de funções e tarefas desempenhadas por cada profissional em cada setor e conforme as especificidades de cada caso.

Contudo, de modo geral, as ações das assistentes sociais em contexto de planeamento da alta social são realizadas pelas seguintes fases: 1) o acolhimento social; 2) o acompanhamento; 3) a organização; 4) a efetivação da alta hospitalar.

Sendo profissionais que se orientam pelos princípios dos Direitos Humanos, foi possível constatar que as mesmas em seu cotidiano profissional prezam pela garantia de direitos básicos para a consolidação de condições básicas de vida e dignidade humana, bem como pelos conceitos de justiça social, liberdade, autonomia e igualdade.

Referente aos desafios na efetivação de uma alta hospitalar segura, evidencia-se a insuficiência de serviços disponíveis e a dificuldade de ver de forma concreta a materialização do conceito de intersetorialidade, exigindo das profissionais criatividade para encontrar alternativas dentro do território.

Por fim, considera-se que há muitos pontos que ainda podem ser explorados a partir desse tema, mas é indiscutível o quão fundamental é o papel do assistente social como parte integrante de uma equipe multidisciplinar em um contexto hospitalar, contribuindo ativamente no planeamento da alta social eficaz, segura e adequada conforme as especificidades de cada utente.

REFERÊNCIAS

ANDERS, J.C et. **Aspectos de enfermagem, nutrição, fisioterapia e Serviço social no transplante de medula óssea.** Medicina, Ribeirão Preto, 463-485, out./dez. 2000.

ARMITAGE, J.O. **Bone Marrow Transplantation.** N Engl J Med. 330:827-838, 1994.

AZEVEDO, Wellington; RIBEIRO, Maria Cecília C. **Fontes de células-tronco hematopoéticas para transplantes.** Rev. Medicina, Ribeirão Preto, v. 33, n. 4, p. 381-389, out./dez. 2000.

BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. **Questão social e direitos.** In: CFESS/ABEPSS. Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 267-283.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde.** In: Matta, Gustavo Corrêa; Pontes, Ana Lúcia de Moura. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007. p. 29-60.

BARCELLOS, Tanya Maria Macedo (coord.). **A Política Social Brasileira 1930-64: evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983. Disponível em: <<http://cdn.fee.tche.br/digitalizacao/politica-social-brasileira-1930-%2064/politica-social-brasileira-1930-64-texto.pdf>>. Acesso em: 23/09/23.

BRASIL. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 16/06/23.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Seção II - DA SAÚDE, Art. 198. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf>. Acesso em: 19/07/23.

BRASIL. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 19/07/23.

BRASIL. **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”. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 19/07/23.

BRASIL. **Atenção à saúde tem recursos de R\$ 82,4 milhões liberados.** Brasília: Ministério da Educação. 2013. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/19267-atencao-a-saude-tem-recursos-de-r-824-milhoes-liberados>>. Acesso em: 19/07/23.

BRASIL. **Ministério da Saúde aumenta em 106% autorização para novos serviços de transplante em todo o Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/ministerio-da-saude-aumenta-em-106-autorizacao-para-novos-servicos-de-transplante-em-todo-o-brasil#:~:text=Por%20modalidade%20de%20transplante%2C%20de,de%20p%C3%A2ncreas%20e%20um%20multivisceral>>. Acesso em: 06 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2003.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional** (orgs), - 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ine_s_Bravo.pdf> Acesso em: 18/06/23.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **SUS: o que e como fazer?.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6.

CASTRO, WS. **A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: início da atenção domiciliar [dissertação].** Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-A9SHDP/1/trabalho_fina__wesley_souza_castro.pdf> Acesso em: 19/07/23.

CARVALHO, M. I. L. B. de. **Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar.** *Intervenção Social*, (28), 2003: 29–55. Disponível em: <<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1062>>. Acesso em: 20/07/23.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial.** 2 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017. 278 p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5577919/mod_resource/content/1/CHALHOUB%2C%20Sidney.%20Cidade%20Febril%20-%20cortic%CC%A7os%20e%20epidemias%20na%20Corte%20imperial.%201996.pdf>. Acesso em: 29/08/23.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde.** Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2, Brasília: CFESS, 2009.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. In: Para entender melhor a gestão do SUS. Brasília/DF, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed., São Paulo: Cortez, 2009.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, 1998.

FERREIRA, P. et al. **Tratamento da mucosite em pacientes submetidos a transplante de medula óssea: uma revisão sistemática**. Acta Paul Enferm, v.24, n.4, p.563-70, 2011.

GARCIA, Juan Cesar 1989 **Pensamento social em saúde na América Latina**. In: Nunes, E.D. (Org.). Pensamento social em saúde na América Latina São Paulo: Cortez.

GUZINSKI, C.et al. **Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, Rio Grande do Sul, 2019. Porto Alegre: UFRG, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983>>. Acesso em: 19/07/23.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina Maria Oliveira. **O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45**. In: PANDOLFI, Dulce Chaves. Repensando o Estado Novo. [S.L.]: Fgv, 1999. Cap. 5. p. 73-93.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 22. Ed. São Paulo, Cortez, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Plano de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Vigilância e Análise de Situação. **Estatísticas de câncer, 2021**.

KRÜGER, T. R. **Serviço Social e Saúde espaços de atuação a partir do SUS**. In: Revista Serviço Social & Saúde. Campinas: UNICAMP. Ano IX, nº10, 2010. p.123-146.

LOPES, E.F.B; SIMÕES, E.A.P; ASSIS, M.F.B.R. **Residência multiprofissional: determinantes sociais da saúde e suas demandas para o Serviço Social**. Sanara, v.19, p. 85-94, 2020.

LOPES, Josefa Batista. **50 ANOS DO MOVIMENTO DE RECONCEITUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: a construção da alternativa crítica e a resistência contra o atual avanço do conservadorismo**. Revista de Políticas Públicas, vol. 20, núm. 1, pp. 237-252, 2016.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS** - uma revisão conceitual .IN: *Ciência & Saúde Coletiva*. Número 12, V. 2. p 335-342, 2007.

MAIA, Priscilla Bezerra da Silva dos Santos; VASCONCELOS, Ana Maria de; ALCANTÁRA, Luciana da Silva. **Transplante de medula óssea e lógica invertida do SUS: desafios para a prática do profissional**. *Revista Inclusiones*. Vol: 8 num Especial (2021): 76-99.

MARSIGLIA, R. M. G.; CARREIRA, M. O. C. S.; AMARAL, D. P. **Do serviço social médico ao serviço social na saúde: meio século de história em São Paulo**. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. 15, n. 1 (21), p. 37-50, 2016.

MASFRET, D. C. **O Serviço Social de saúde e o planejamento da alta para a continuidade de cuidados na comunidade**. In: CARVALHO, M. I. L. B. de (Coord.). *Serviço Social na saúde*. Lisboa: Lidel; Pactor, p. 55-80, 2012.

MASTROPIETRO, A. P.; SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, E. A. **Sobreviventes do transplante de medula óssea: construção do cotidiano**. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 17, n. 2, p. 64-71, maio/ago., 2006.

MASTROPIETRO, A.P. et al. **Relação entre renda, trabalho e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea**. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2010; 32(2):102-7.

MATOS, M. C. **Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões para o exercício profissional**. São Paulo. Editora Cortez. 2013.

MATOS, Murilio Castro. **O debate do serviço social na saúde na década de 90: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: EPSJV (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%C3%ADticas%20de%20?sequence=2>> Acesso em: 18/06/23.

MEDEIROS, L. **O Serviço Social no NASF: demandas, respostas e desafios profissionais**. Florianópolis, Santa Catarina. 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103590/TCC%20%20Larissa%20Medeiros.pdf?sequence=1>> Acesso em: 05 set. 2023.

MORAIS, Elisa Sonehara de. et al. **A importância do estudo de caso clínico no processo de educação permanente na unidade de cuidados intermediários Canguru**. In: *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*. Redeunica, V.6, nº 12, 2019.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. **Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil**. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, maio 2011. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802011000100006/17717>>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.

NETO, Eleutério Rodrigues. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: Incentivo à participação popular e o controle social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde/Brasil, 1994. Disponível em: <https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/incentivo_sus.pdf> Acesso em: 04/07/23.

NETTO, J. P. **A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. Serviço Social e Saúde, São Paulo: Cortez, 1999.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social, uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. **O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois**. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf> > Acesso em: 05/07/23.

REIS, MAL; VISENTAINER, JEL. **Reconstituição imunológica após o transplante de medula óssea alogênico**. Rev Bras Hematol Hemoter. Vol. 26, n. 3, p. 212-217, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v26n3/v26n3a12>>. Acesso em: 16/06/23.

RODRIGUES, Cristiane Rosalia de Souza; FONSECA, Rosmary Fidelis Moreira da. **Serviço social e intersetorialidade para garantia de direitos dos usuários do CRAS do Jardim Potiguar**. In: Univag. Mato Grosso, 2016.

SANT'HELENA, M.M. et al. **Da Reforma Sanitária às Privatizações: discutindo a saúde pública brasileira**. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis, 2013.

SCHERER, M.D.A et al. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia de saúde da família com base nas categorias kuhnianas**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., 2004.

SEIBERT et al. **Alta Social como dispositivo integral de proteção Integral na saúde: contribuições do Serviço Social**. Barbaroi, Santa Cruz do Sul/RS, 2019.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique. **O Financiamento da Saúde no Brasil**. In: EPSJV (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 195-227. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf> > Acesso em: 04/07/23.

SILVA, André Luis da. **Imagem e Identidade profissional do Assistente Social na área hospitalar: a conjugação entre projeto profissional e as necessidades em saúde dos usuários do sistema único de saúde.** Anais do III Seminário Internacional de Políticas Públicas, PUC-RS, 19 e 20 de outubro de 2017.

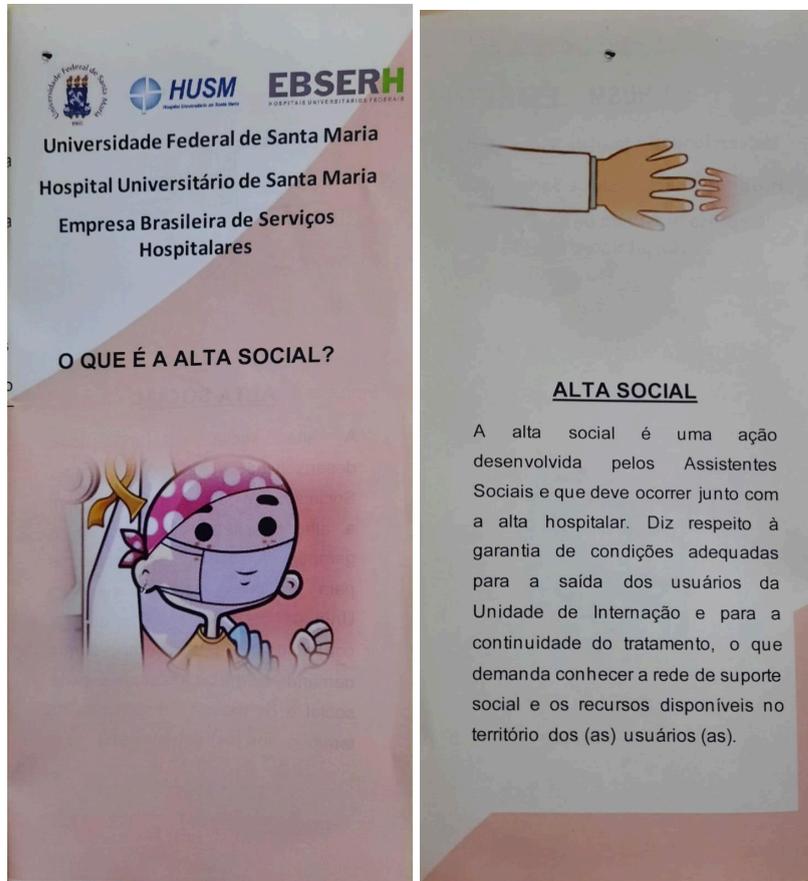
SILVA, Renato da. **Malária e Desenvolvimento: a saúde pública no Governo JK (1956-1961).** 2008. 274 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

VITORIANO, Isadora Serrano. **A ação da rede socioassistencial: quais as possibilidades deste efetivar-se?** Jornada Internacional de Políticas Públicas-JOINPP, São Luis/MA, 2011.

XAVIER, P.R.H; LOPES, S.M.B. **As práticas do Assistente Social e sua articulação com a Equipe de Saúde de um Hospital de Curitiba.** Revista Serviço Social, Londrina, 2016.

ANEXOS

ANEXO A: MATERIAL INFORMATIVO PRODUZIDO SOBRE A TEMÁTICA DE ALTA SOCIAL

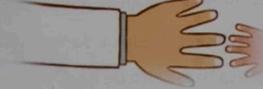


Universidade Federal de Santa Maria
Hospital Universitário de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

O QUE É A ALTA SOCIAL?





ALTA SOCIAL

A alta social é uma ação desenvolvida pelos Assistentes Sociais e que deve ocorrer junto com a alta hospitalar. Diz respeito à garantia de condições adequadas para a saída dos usuários da Unidade de Internação e para a continuidade do tratamento, o que demanda conhecer a rede de suporte social e os recursos disponíveis no território dos (as) usuários (as).

PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

1. Levantar as demandas sociais que impliquem na adesão ao tratamento e/ou continuidade do cuidado em saúde no domicílio/território;
2. Discutir com a equipe de saúde durante a internação sobre as demandas sociais do paciente e se as mesmas possibilitam ou inviabilizam a alta hospitalar;
3. Realizar contrarreferência e pactuação com a rede – mediante contato telefônico e/ou via e-mail para a rede de atendimento em saúde da localidade do paciente;
4. Realizar os encaminhamentos para direitos e benefícios, quando houver a possibilidade/necessidade de acesso;

5. Realizar os encaminhamentos para a rede de saúde e socioassistencial;

6. Orientar o paciente quanto a conduta e a importância da continuidade do acompanhamento após alta na rede de atenção à saúde ao qual foi contra referenciado.



OBJETIVO DA ALTA SOCIAL

O atendimento tem como objetivo conhecer a realidade e organização social bem como o suporte sociofamiliar do usuário (a). Além disso, objetiva conhecer a rede de atenção à saúde e socioassistencial do território do (a) usuário (a) para a continuidade de tratamento após alta hospitalar, elencando insumos e equipamentos sociais a serem articulados para a alta, a fim de diminuir os índices de reinternação e de agravos à saúde.



Elaboração:

Autora: Samara dos Santos

Supervisora de campo: Andréa de Lima Lopes Pires

Supervisor acadêmico: Prof. Dr. Jairo da Luz Oliveira

Apoio:

Unidade de Desenvolvimento de Pessoas – UDP

Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Gerontologia, Serviço Social e Saúde – NEPEGSSS

Comissão Editorial/HUSM

Dados do serviço

HORÁRIO: 7:30 as 13:45

TELEFONE: (55) 32131700, (55) 32131701

NUP: 23081.003047/2024-53

Prioridade: Normal

Homologação de ata de defesa de TCC e estágio de graduação

125.322 - Bancas examinadoras de TCC: indicação e atuação

COMPONENTE

Ordem	Descrição	Nome do arquivo
15	Trabalho de conclusão de curso (TCC) (125.32)	TCC versão corrigida 2.docx.pdf

Assinaturas

25/01/2024 17:03:02

SAMARA DOS SANTOS (Aluno de Graduação - Aluno Regular)
06.09.20.01.0.0 - Serviço Social - Bacharelado (Noturno) - 1107233



Código Verificador: 3777386

Código CRC: 508de1ea

Consulte em: <https://portal.ufsm.br/documentos/publico/autenticacao/assinaturas.html>

