

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PATRÍCIA VIEIRA DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR A PARTIR DA
EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO HU/UFSC**

FLORIANÓPOLIS

2016

PATRÍCIA VIEIRA DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR A PARTIR DA
EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO HU/UFSC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^aDr.^a: Michelly Laurita Wiese

FLORIANÓPOLIS
2016

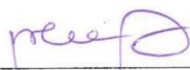
PATRÍCIA VIEIRA DA SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção de título de bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Michelle Laurita Wiese
Departamento de Serviço Social - UFSC
Presidente



Profª Drª Maria Teresa dos Santos
Departamento de Serviço Social - UFSC
1ª Examinadora



Deivid de Abreu
Assistente Social - HU/UFSC
CRESS/SC 3446

Deivid de Abreu
Assistente Social – HU/UFSC
2º Examinador

FLORIANÓPOLIS

2016

“[...]Teremos coisas bonitas pra contar, e até lá vamos viver. Temos muito ainda por fazer, não olhe pra trás, apenas começamos. O mundo começa agora”. Renato Russo

Dedico este trabalho aos meus pais Solange e Wladimir, meus irmãos Lillian e Willian e ao meu sobrinho e afilhado Lucas. Juntos tornamos esse sonho real. Amo vocês imensamente.

AGRADECIMENTOS

“Se alguém já lhe deu a mão e não pediu mais nada em troca, pense bem, pois é um dia especial”. Duca Leindecker

Primeiramente, quero agradecer a Deus pela vida e por me permitir que a cada novo dia eu possa tentar me tornar uma pessoa melhor.

Reafirmo a minha eterna gratidão a minha mãe Solange, por todo seu amor incondicional e por sempre ser meu refúgio, meu sossego e minha paz. Você, é meu maior exemplo de ser humano e minha melhor amiga. Ao meu pai Wladimir, pelo apoio e atenção durante esta caminhada, essa conquista só foi possível com você do meu lado. Obrigado por todo seu amor e dedicação. A minha irmã Lillian, por sempre demonstrar seu amor e orgulho por mim, é a melhor irmã e comadre desse mundo. Obrigada por sempre estar ao meu lado, sei que o meu sonho é seu também. Ao meu irmão Willian, que apesar das brigas é a pessoa que quando eu precisar vai me estender a mão e mesmo não demonstrando quero que saiba que tenho muito orgulho de você e de ser sua irmã. Eu amo vocês

Ao meu melhor e maior presente desse mundo, meu sobrinho e afilhado Lucas que é quem me faz sorrir e me mantém de pé tantas vezes com cada “eu te amo dinda” que sempre me motivam. Você me acalma e me traz forças pra encarar tudo. Te amo incondicionalmente, com todo o meu coração. Meu pequeno.

Quero agradecer à todos os meus familiares que sempre torceram por mim, aos meus tios e tias, meus primos e primas, ao meu avô Sebastião, por quem tenho um carinho enorme, a minha vó "Dina" (in memoriam) que sabia de todo amor que sinto por ela, isso que importa e onde estiver sei que está feliz por mim. A minha madrinha Luciana (in memoriam) sinto sua falta todos os dias e sei o quanto me amava, você se foi cedo demais, mas te sinto muito perto, te amarei pra sempre. Aos meus padrinhos Lucia e Misael que sempre me demonstraram muito amor. Ao meu cunhado Junior, que além de fazer minha irmã feliz me deu a alegria de ser madrinha do Lucas, sei também o quanto torce pela minha felicidade. Em especial, minhas tias Ceoli e Dilza que são pessoas extremamente maravilhosas e as minhas primas Aline, Emanuella, Jéssica, Joice, Josiane, Gislaine, Michelle e Stefany. Obrigado por todo apoio e carinho meninas, amo vocês.

A minha avó Luzia que me enche de amor e carinho, seu amor de avó é lindo e quando estou com você sou mais feliz. Ao meu avô Ademir que desde pequena sempre fez de tudo pra me ver feliz, e até hoje se preocupa e me dá tanto amor. Meu eterno muito obrigada, meus amores.

Aos meus amigos da vida, que estão ao meu lado muito antes do início deste sonho. A Ana Cláudia, amiga do ensino fundamental. O tempo passa, mas nós nos mantemos mais próximas. Me sinto feliz de estarmos concluindo este ciclo no mesmo momento e seguindo nossos sonhos uma do lado da outra, amo você. Ao Luan, por todo carinho durante estes longos anos de amizade, sei o quanto torceu pra que eu concluísse esta etapa, obrigado por ser tão incrível e se importar comigo, te amo. E ao Jadson (que pra mim vai ser sempre o “Jajá”) obrigado por acreditar em mim e por ter me motivado a seguir em frente no momento em que me senti sem rumo e pensava em desistir. Minha eterna gratidão. Eu te amo muito.

Impossível não agradecer às pessoas que durante a graduação conheci e se farão presentes na minha vida e memória pra sempre. A Duda por todo carinho e apoio durante toda a graduação, só momentos especiais compartilhamos, obrigada por tudo amiga, sou muito feliz por ter você por perto e te amo muito. A Mari (minha Baiana) que mesmo estando tão longe nos mantemos perto com o coração, nossa sinergia foi automática, o que faz com que tenhamos certeza que nossa amizade é sim um presente e que apesar da distância temos um carinho sincero e recíproco. Espero lhe encontrar logo, te amo. E ao Joel que desde que nos aproximamos só veio a me acrescentar, obrigado por sua amizade, por me motivar e ter me ajudado tanto nesta reta final, és incrível. Eu amo vocês.

Em especial e com todo o meu carinho a Sabrina e Aliny. Sabrina, estivemos juntas desde o início da graduação, sabemos o quanto nosso “encontro” nos permitiu crescer como pessoa e o quanto nossa sintonia é verdadeira. Você me deu motivação e coragem pra seguir em frente, te amo e saiba que sua felicidade é a minha também. E continuaremos juntas na caminhada. A minha diva, Aliny. Obrigada por todo apoio desde o começo, mas principalmente nesta reta final você foi extremamente importante, a nossa Gaby veio pra encher ainda mais a nossa amizade de amor, saiba que você é um exemplo de pessoa e de mãe, eu te amo muito.

À equipe de serviço social do HU/UFSC que me recebeu tão bem quando iniciei o meu estágio, me proporcionando tantos ensinamentos e por colaborarem para o meu crescimento profissional, me sinto muito feliz de poder ter conhecido pessoas que acreditam e defendem o Serviço Social. Em especial as estagiárias Bruna e Manu que se tornaram não só parceiras de estágio, mas também, amigas. Que a nossa caminhada seja linda e que tenhamos muitas coisas pra compartilharmos juntas. Levo vocês no meu coração.

Ao meu supervisor de estágio Deidvid, primeiramente por ter me dado a oportunidade de ser sua estagiária e acreditar que eu pudesse contribuir na equipe. Você é uma pessoa e profissional extraordinário e, como já disse em outros momentos que bom que tive a imensa

sorte de te conhecer. Você, desde o início me fez acreditar que o serviço social vale a pena, a sua dedicação e amor pela profissão me motivaram e eu espero ainda poder te encontrar nesta caminhada como colega de trabalho. Você é a minha referência de profissional, vou me lembrar de você com muito carinho. Você contribuiu para que eu realmente tivesse a certeza que estou no caminho certo. Obrigado pelas experiências e pelos ensinamentos levarei para minha atuação profissional e pra vida.

Não posso esquecer do grupo das “3 Marias”: A Sheylla e Victoria. Sheylla, você foi a melhor surpresa do estágio, que bom que tive tempo de te conhecer melhor és realmente incrível e eu só tenho que agradecer pela tua chegada na minha vida, te quero muito bem, espero que possamos continuar construindo esta amizade tão linda e verdadeira. Eu te amo muito. A Vic por ser a minha fiel conselheira, por sempre compartilhar comigo os seus dilemas e juntas acabamos descobrindo o quanto somos parecidas, você trouxe felicidade pra minha vida principalmente porque você é sorrisos em qualquer momento da vida, isso é lindo, te amo. O estágio no HU pode ter se encerrado, mas esse trio não se separa mais. Amo vocês.

À minha orientadora Michelly, por toda colaboração na construção deste trabalho, suas orientações foram extremamente fundamentais, todas as quartas feiras que nos encontrávamos sempre me motivada. O meu muito obrigada por compartilhar comigo os seus ensinamentos.

E por fim, agradecer aos professores do curso de serviço social que contribuíram para minha formação e me tornaram uma pessoa crítica com a realidade e disposta a enfrentar com um olhar mais aberto as verdades do mundo.

Obrigada a todos e que venham novos e lindos sonhos!

SILVA, Patrícia Vieira. **O serviço social no contexto hospitalar a partir da experiência de estágio no HU/UFSC.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como tema discutir a atuação do serviço social no contexto hospitalar. Tem como objetivo apresentar a inserção do serviço social na saúde destacando o contexto hospitalar como ação profissional, destacando a experiência de estágio realizado no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) através de relato de experiência. Sua metodologia foi desenvolvida através de leituras sobre os temas de saúde, serviço social, serviço social e saúde, como também a utilização do diário de campo e relatórios de experiência realizados durante o período de estágio. Como resultados aponta-se o processo histórico da saúde até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o intenso embate condicionado pelo movimento neoliberal a partir de 1990 colocando em disputa o projeto privatista x projeto de reforma sanitária que se faz presente até hoje. A partir disso problematiza o processo histórico em torno das políticas voltadas ao contexto hospitalar que subsidiam e qualificam os atendimentos nos hospitais. Abrange a inserção do Assistente Social no contexto hospitalar como profissional que busca conhecer o usuário em sua totalidade, através das intervenções junto aos mesmos e seus familiares contribuindo no processo de tratamento. Como resultados, percebe-se que a atuação da/o assistente social em hospital, a partir da experiência de estágio, que o profissional atua como mediador na garantia do acesso aos direitos e serviços de proteção social, considerando neste sentido a importância do serviço social em equipe multiprofissional e o trabalho interdisciplinar. Ressaltando-se a importância da qualificação profissional junto aos atendimentos realizados aos usuários e familiares. Como desafios ressalta-se ao profissional no HU/UFSC o cuidado em lidar com a fragilização de usuários e familiares, como também o processo de burocratização aos encaminhamentos à rede que dificulta o acesso aos serviços e mais recentemente a adesão Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que desarticula os princípios do SUS e exige um posicionamento crítico do profissional frente ao direito de uma saúde universal que busque a promoção, reabilitação, e recuperação do usuário.

Palavras chave: Política de Saúde, Serviço social na Saúde, Atuação Profissional, Hospital Universitário.

LISTA DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas em Saúde
BMR - Bactérias Multirresistentes
CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CMI – Clínica Médica I
CNS - Conferência Nacional da Saúde
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CONASP - Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
DOH - Divisão de Organização Hospitalar
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU – Hospital Universitário
IAP's: Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS – Instituto Nacional de previdência Social
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
NOB's - Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de Saúde
PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde
PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PSF - Programa de Saúde da Família
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RIMS - Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SAHMPS - Sistema de Assistência Médico-Hospitalar
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	17
2.1 Política de Saúde Hospitalar	28
3. O SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	42
3.1 O Serviço Social no Contexto Hospitalar.....	48
3.2 A Experiência de Estágio no Serviço Social do HU/UFSC	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

1. INTRODUÇÃO

O serviço social como profissão de saúde, passa a ser reconhecido através das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, n.218, de 06 de março de 1997, e no Conselho Federal de Serviço Social, n.383 de 29 de março de 1999, que compreende que o atendimento em saúde não é apenas a ausência de doenças, mas, também, é produto das condições gerais de vida e de dinâmica das relações sociais dos sujeitos.

Neste sentido, a inserção da/o assistente social na equipe de saúde, sobretudo no contexto hospitalar, tem como estratégia qualificar o atendimento junto aos usuários e familiares, sendo estes, o alvo da ação profissional. Esta busca atribuir à defesa dos interesses e necessidades dos usuários, bem como, esclarecer orientações e garantia aos direitos sociais, sendo muitas vezes a/o assistente social o mediador entre instituição e usuário, buscando garantir a qualidade do atendimento realizado através dos encaminhamentos pertinentes às necessidades apresentadas pelos usuários.

Assim, este trabalho de Conclusão de Curso traz como objetivo apresentar a atuação da/o assistente social no campo da saúde, especificamente no contexto hospitalar, tendo como referência o estágio obrigatório I e II do Curso de Serviço Social da UFSC, realizado entre os meses de outubro de 2015 e julho de 2016, no Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, especificamente na Clínica Médica I (CMI) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O estágio proporcionou o entendimento do trabalho em saúde junto aos usuários e as dinâmicas de intervenção realizadas diante das demandas reconhecidas através dos atendimentos.

Como objetivos específicos do trabalho, foram definidos: refletir sobre o processo histórico em torno das políticas de saúde no Brasil, juntamente com as políticas voltadas para o setor hospitalar; apresentar a inserção do serviço social no campo da saúde e no contexto hospitalar; e a atuação do serviço social no HU.

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) foi inaugurado em 02 de maio de 1980¹, porém, suas obras iniciaram em 1964. Essa demora na construção do hospital ocorreu devido ao corte de recursos destinados para a obra. Após forte luta de

¹ As informações contidas sobre o histórico da instituição foram obtidas do site oficial do HU e de anotações do relatório de estágio elaborados pela autora durante a matéria de supervisão pedagógica de estágio.

reinvindicações por parte de alunos, professores e comunidade, as obras retomaram, permitindo sua inauguração 16 anos depois do início das obras.

O HU/UFSC é o único de Santa Catarina, concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão, sendo um hospital vinculado ao SUS, de caráter público, sendo o HU/UFSC referência no atendimento à saúde hospitalar pública na grande Florianópolis e cidades do interior, que são encaminhados via unidade básica de saúde (UBS) ou emergência como porta de entrada para diversas especialidades de consultas e internações.

Os primeiros leitos abertos no HU/UFSC foram os de clínica médica e pediátrica, com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente, foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, e finalmente, em 1996, a Maternidade, sendo atualmente referência nacional como centro de excelência em assistência obstétrica.

O atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes, permitindo que o Hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia. O HU/UFSC é referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda da área de câncer e cirurgia de grande porte de diversas especialidades.

Outra característica importante do HU/UFSC é o setor de urgência e emergência funcionando interruptamente, atendendo crianças e adultos em áreas separadas, em números crescentes que atingem a média de 400 pacientes por dia (HU/UFSC, 2016).

O HU/UFSC conta com o sistema de Residência Médica e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), e a Residência Médica sendo ambas uma modalidade de pós graduação lato sensu. A Residência Médica se volta para os médicos sob forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço sob a orientação de profissionais médicos. A RIMS é caracterizada pela formação em serviço supervisionado por profissionais capacitados (preceptoria e tutoria), com as atividades desenvolvidas no HU/UFSC. O RIMS está estruturado em três áreas de concentração: a Atenção em Urgência e Emergência, Atenção em Alta Complexidade e Atenção em Saúde da Mulher e da criança, contando com a participação de profissionais das áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, serviço social e psicologia. (HU/UFSC, 2016).

Atualmente, desde março do corrente ano, o HU/UFSC está sob a gestão da EBSEH, que firmou em 1º de dezembro de 2015 a autorização à reitoria e à direção do hospital para começar as tratativas para adesão da unidade à EBSEH, mesmo com movimentos contrários à adesão por parte de estudantes, profissionais e comunidade.

Os atendimentos realizados no HU/UFSC ocorrem de forma multiprofissional, tendo a/o assistente social inserido na instituição desde a sua inauguração em 1980, pautando-se na compreensão de que saúde é a expressão do conjunto de condições em que vivem as pessoas, como o acesso a moradia, alimentação, transporte e outros; e que o acesso aos direitos de saúde é, também, cidadania. O Serviço Social no HU/UFSC tem como base os valores do projeto ético político profissional, realizando ações que possibilitem o fortalecimento de redes de proteção social, e condicionando qualidade no processo de recuperação do usuário.

A atuação da/o assistente social no HU/UFSC, como escolha deste trabalho, ocorreu, primeiramente, devido à realização do estágio obrigatório I e II na instituição, proporcionando um contato direto com os usuários e ao processo de trabalho do serviço social em contexto hospitalar. Foi percebendo-se aos poucos que, durante os atendimentos realizados no período de estágio, o serviço social se mostrava presente no processo de recuperação dos usuários, identificando que os mesmos, no momento da internação, trazem consigo as adversidades para além do adoecimento, o que cabe um olhar ampliado sobre a realidade de vida destes usuários. O serviço social atua, também, como mediador no processo de recuperação dos usuários através do acesso aos direitos e serviços públicos.

Outro apontamento para a escolha do tema é que, durante a graduação, a discussão em torno da atuação da/o assistente social na saúde, e sua especificidade no contexto hospitalar, não é evidenciada, entendendo que as disciplinas voltadas ao campo da saúde se voltam mais para o análise e reflexão do contexto histórico das políticas de saúde no Brasil. Assim, a discussão do tema se faz necessária para o debate e compreensão da inserção do serviço social na saúde e no contexto hospitalar.

O trabalho, tendo como característica apresentar a experiência de estágio no HU/UFSC no atendimento à clínicas específicas, contará com a metodologia de pesquisa qualitativa que, para Minayo (2012, p.622):

Sua matéria prima é composta por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação. E o movimento que informa qualquer abordagem ou análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar.

Assim, a pesquisa contará com uma abordagem teórica a partir de leituras sobre o tema, pautando-se em autores que discutem sobre a temática de saúde, serviço social, e serviço social e saúde, tendo como principais discussões, as autoras: Maria Inês Souza Bravo (1996, 2001, 2006, 2012), Maria Lucia Martinelli (2003, 2011), Sarah Escorel (2007, 2009) e outros. Ocorre também, a utilização do diário de campo construído durante o período de

estágio com anotações e reflexões dos atendimentos e atividades realizadas, como também a utilização de relatórios construídos durante a experiência de estágio no HU/UFSC.

Dessa forma, o TCC está organizado em três seções. A introdução que destaca a apresentação do tema, seus objetivos, o histórico da instituição, a justificativa do tema, metodologia da pesquisa, e apresentação dos capítulos.

A segunda seção trata do recorte histórico das políticas de saúde no Brasil, destacando na subseção as políticas de saúde no Brasil voltadas para os hospitais. A terceira seção, por sua vez, resgata o surgimento do serviço social e sua inserção no campo da saúde, contando com duas subseções, nos quais a primeira apresenta o processo de inserção e atuação da/o assistente social em contexto hospitalar, e a segunda apresenta a experiência de estágio no HU/UFSC, identificando a atuação dos profissionais junto aos usuários e familiares durante a internação.

Para concluir, são apresentadas as considerações finais acerca da pesquisa realizada sobre o processo de saúde no país, como também, a reflexão da atuação da/o assistente social e os desafios que permeiam a intervenção profissional no HU/UFSC.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Esta sessão trata dos processos históricos que permearam as políticas de saúde no Brasil, iniciando pelo período de 1920 até o período de 1980, com a instauração da Constituição Federal de 1988 e os movimentos da Reforma Sanitária que garantiram a saúde como uma política universal, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se, também, o período de 1990 com o avanço do neoliberalismo e da privatização e, por fim, serão destacados e enfatizados os governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff e suas implicações nas políticas de saúde e nas ações do SUS.

Ainda será apresentada a contextualização histórica em torno dos hospitais, até o entendimento do hospital moderno caracterizado atualmente, estabelecendo relação com as políticas de saúde voltadas para o setor hospitalar, principalmente com a vigência do SUS. Esta, por sua vez, altera a ação na atenção hospitalar, reformulando e buscando qualificar os atendimentos, condições de trabalho aos profissionais e o trabalho da gestão hospitalar.

A compreensão acerca do processo histórico do sistema de saúde no Brasil é significativa para compreender os princípios que emergem sobre o atual SUS. Os avanços decorrentes das políticas de saúde no país passam por caminhos demarcados pelos períodos de 1920 até a Constituição Federal de 1988, dando-se da República Velha à era Vargas, o regime liberal populista, o golpe militar, até o movimento de Reforma Sanitária.

No período de 1920 o Brasil passava pela conjuntura da política do café com leite, com predominância e alternância das oligarquias de São Paulo e de Minas Gerais pelo poder. A economia brasileira era voltada para o modelo agroexportador da monocultura do café. As políticas de saúde instauradas neste período no Brasil eram de caráter punitivo e repressivo. Mendes (1995) destaca que o sistema de saúde era pautado em prevenir doenças que poderiam prejudicar o processo de exportação das mercadorias, modelo conhecido como sanitarismocampanhista. Para Merhy, Malta e Santos (2004, p.5), “o modelo se mostrava através de uma visão militarista, de combate às doenças de massa, concentração de decisões, e um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social”.

O modelo campanhista não conseguia mais se sustentar, tendo em vista que iniciou nas grandes metrópoles o processo de industrialização e a movimentação dos operários por direitos à saúde e condições de vida, haja vista que não integrava nenhum direito social que influenciassem nas condições de vida e trabalho. O governo, percebendo que o movimento

ganhava força e representação, instituiu a lei Eloy Chaves que marcou os direitos previdenciários trabalhistas.

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. [...] As CAPs eram financiadas pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2001, p.3)

O modelo vigorou para apenas três categorias trabalhistas: os ferroviários, portuários e marítimos. Os demais trabalhadores tiveram acesso aos direitos somente após 1930 (BRAVO, 2001). Ainda, “a característica das CAP’s é que eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. No ano de 1930, já existiam 47 CAP’s que davam cobertura a 142.464 beneficiários” (MENDES, 1995, p.21).

Na década de 1930, com a chegada de Getúlio Vargas na presidência, ocorreram reformulações nos direitos trabalhistas adquiridos na lei Eloy Chagas; as CAP’s passaram a ser chamadas de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP’s). Bravo e Matos (2012, p.26) ressaltam que o “modelo previdenciário teve orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente das CAP’s. Ou seja, em que pese a inclusão de outras categorias profissionais, houve nos IAP’s uma redução de oferta de serviços prestados”. Outra diferença importante entre as CAP’s e os IAP’s é no tocante a natureza do financiamento, que nos IAP’s é tripartite, assim, condicionado por empregadores, trabalhadores e o Estado (MENDES, 1995). Os IAP’s foram criados a partir das categorias profissionais, e não mais por empresas como era nas CAP’s:

Os IAP’s foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Assim, em 1933 foi criado o primeiro instituto, o de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1934 o dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAP), e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL) (POLIGNANO, 2001, p.10)

Bravo (2001, p.5) destaca que “a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os

seus benefícios como forma de antecipar as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla”.

Os gastos no Governo de Getúlio Vargas, tendo como viés um modelo previdenciário contencionista, pautaram seus serviços na diminuição de gastos por segurado, delimitando limites orçamentários com as despesas da assistência médico-hospitalar e farmacêutica (OLIVEIRA e TEIXEIRA,1986).

A partir da década de 1945, as medidas de cunho contencionista foram substituídas pela concepção de seguridade social, no qual o Estado passa a intervir de forma ativa nas obrigações de saúde dos cidadãos (TEIXEIRA e ESCOREL, 2008). Em 1953 é criado o ministério da saúde, que não conseguiu intensificar uma efetiva ação e preocupação aos interesses da saúde pública.

Mesmo com a intervenção estatal e com novas medidas de atenção as políticas de saúde, o governo não conseguia atender as demandas da população, haja vista que o acesso aos serviços era somente para quem tinha vínculo empregatício e contribuísse com as CAP's. Neste período, as ações em saúde ainda se pautavam em práticas com intuito de restabelecimento de doenças (WIESE, 2003).

Em 1960 é aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), momento em que os benefícios e serviços dos segurados foram garantidos pelas IAPS. Teixeira e Escorel (2008) destacam que a LOPS previa uma contribuição entre empregado, empregador e união, porém, a medida não foi firmemente aderida.

A LOPS não foi implementada, e em 1966 passou por um processo de reformulação com alterações em seu funcionamento, por conta do processo de ditadura militar. Foi instituído, nesse momento, a composição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que uniu os institutos e não somente serviços e benefícios, responsabilizando os trabalhadores na gestão, e isentou qualquer responsabilidade do governo com a contribuição partidária no financiamento da previdência social, aumentando a compra de serviços da rede privada. Neste período, intensifica-se o modelo biomédico² de atendimento por meio de financiamento e compra de serviços aos hospitais privados, o que possibilitou o aumento do setor privado de clínicas e hospitais, como também, o consumo de equipamentos e medicamentos (ESCOREL, 2008).

Dentre as intervenções em saúde realizadas pelos INPS através do financiamento privado Escorel destaca (2008, p.391)

²Trata-se de uma concepção de saúde atrelada ao cuidado do órgão doente em detrimento de uma abordagem do sujeito em sua singularidade. Disso decorre uma assistência tecnicista e fragmentada”. (GONZE, 2009, p.11).

[...] o INPS passou a ser o grande comprador de serviços de saúde e, dessa forma, estimulou um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. A contratação de serviços privados de saúde especialmente hospitais e laboratórios, era feita por meio de credenciamento e remunerada por Unidades de serviço (US) [...] O estímulo a iniciativa privada pode ser evidenciado no aumento do número de leitos privados lucrativos: em 1960, 62% do total de leitos do país eram privados, dos quais 20% pertenciam aos subsetores lucrativos.

A unificação das IAP's intensificou a privatização dos serviços médicos. As ações em saúde voltadas para o setor privado tinham como viés uma ampliação da cobertura previdenciária, para ações médicas de cunho curativo, individual e assistencialista, uma ação em saúde orientada por medidas lucrativas do setor da saúde privatista (MENDES, 1995).

A partir de 1970, surgem novas reformulações na área da saúde que atingem diretamente as ações perante as políticas de saúde. A criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a partir da Lei 6025, de 25 de junho de 1974, advindo da separação da área previdenciária da área do trabalho e, posteriormente, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com a incorporação de problemas advindos do antigo INPS, trazendo reformulações nas atribuições do Ministério da Saúde.

O INAMPS com recursos previdenciários passa a responder pela assistência médica dos contribuintes por meio de sua rede própria de serviços contratados e conveniados (INOJOSA e JUNQUEIRA, 1992). Para Mendes (1996), o INAMPS como responsável pela assistência à saúde de seus associados, o que à eles justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também, a contratação de serviços privados nas regiões com maior desenvolvimento econômico e nos grandes centros urbanos, em que se encontravam a maioria dos seus beneficiários.

No decorrer da década de 1970, o modelo médico assistencial privatista se firma tendo o estado como financiador do sistema através da previdência social. Além disso, setor privado internacional é firmado como prestador de serviços de atenção médica, o que tem significativa importância na produção de equipamentos biomédicos e medicamentos. Todavia, o modelo passa por problemas por ainda ser excludente ao atendimento a população (MENDES, 1995).

É também neste processo que Bravo (2006) destaca que o governo, percebendo que não estava conseguindo consolidar-se no poder devido a uma ação excludente com a população mais empobrecida, teve que permear estratégias junto aos mesmos para fortalecer relações com a sociedade civil. Diante disto, é na década de 1970 que o governo também intensifica ações junto ao enfrentamento da “questão social” com a finalidade de não intensificar movimentos e reivindicações populares, que se intensificam pós ditadura militar, que será debatido mais adiante.

Posteriormente, é criado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde (PIASS), que visava atender a população com uma estrutura básica de atendimento na saúde junto às regiões desconcentradas e sem cobertura assistencial. O modelo se torna referência, pois é considerada a primeira intervenção da previdência social junto as políticas públicas (ESCOREL, 2009).

Em 1981 é criado o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Para Mendes (1995), este tem a finalidade de propor normas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, e também propõe um plano de Reorientação da Assistência em Saúde no âmbito da Previdência Social. O movimento tinha como viés a redução de gastos, principalmente em atenção hospitalar. O CONASP cria as Ações Integradas em Saúde (AIS), que buscava unir a rede pública de saúde entre convênios com os Municípios, Estados e União (BRAVO, 1996).

Os AIS é precursor e viabilizador para as diretrizes da proposta de políticas de saúde evidenciadas pós ditadura militar, como destaca Wiese (2003, p.75).

As AIS embasaram os princípios de direito universal à assistência à saúde a toda população; priorização dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase na prevenção, descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas referentes à saúde. Sua operacionalização ficou fortalecida a partir de 1985, com a Nova República.

É a partir da década de 1980, com intensificação da crise econômica e com o processo de democratização em que o país iniciava, que foi perceptível os fundamentos das políticas de saúde juntamente com o movimento da reforma sanitária que, segundo Bravo (2012, p.33), “[...] vem sendo construído desde meados dos anos de 1970, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado”.

Com esta conjuntura e uma política de saúde que contemplava somente os cidadãos com vínculos empregatícios, não exercendo um caráter inclusivo junto aos demais cidadãos, que os movimentos de reforma se fortaleceram e se estruturaram, adotando uma perspectiva de reformular e gerar avanços no acesso as políticas de saúde e a pretensão de uma saúde universal. Sobre o processo de reforma sanitária e seu propósito, Mendes (1995, p. 42) afirma:

A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulamentação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se

construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismo de gestão e controle popular sobre o sistema.

É neste cenário que o movimento de Reforma Sanitária tem seu estopim na realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), ocorrida em 1986, contando com a participação de profissionais da área da saúde, representantes da sociedade civil, grupos profissional e partidos políticos. A conferência teve como centro das discussões a abrangência do conceito de saúde, a saúde como direito e cidadania e dever do Estado, e a construção de um Sistema Único de Saúde. Nesta perspectiva, a saúde assumiu um novo caráter a partir do movimento da reforma sanitária e passou a ser:

Em seu sentido mais abrangente, foi considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1987, p.4).

A citação acima contempla que a ação em saúde não deve ser vista somente pelo acesso aos hospitais, medicamentos, mas também, aos meios que interferem a vida do sujeito na sociedade, para que o mesmo possa ter acesso a outras políticas sociais que subsidiem sua sobrevivência e auxiliem no seu processo de recuperação e da saúde garantidos pelo Estado através de um sistema universal de saúde.

A realização da conferência e a elaboração do relatório final, tem suma importância, pois fortalece e legitima o movimento da reforma sanitária e, principalmente, contribui com o processo de democratização, haja vista que a conferência serviu de base para a elaboração da nova constituição brasileira em 1988.

Para além das contribuições mencionadas, a conferência também originou a criação da constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), com participação paritária do governo e sociedade civil, que não obteve grandes repercussões políticas. Houve também a conformação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que teve grande importância, pois teve participação na constituinte, com a aprovação das propostas da 8ª CNS, conquistando a aprovação de um capítulo sobre saúde na reflexão do pensamento e da luta histórica do movimento sanitário (ESCOREL, 2009).

Em 20 de julho de 1987, foi aprovado o decreto que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), advindo de uma proposta da previdência dos INAMPS que visava o enxugamento da máquina previdência de nível estadual, reformulando as

superintendências regionais em escritórios, a descentralização dos serviços de saúde. (SCOREL, 2009).

Em tese, a proposta dos SUDS era a transferência de serviços de saúde para os estados e municípios, e também, o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera do governo, além da transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado (SCOREL, 2009). Wiese (2003, p.77), destaca que “com a implantação do SUDS, inicia-se a reforma administrativa com a previdência social, deixando o INAMPS, em 1988, atuar como órgão direto e indireto pelas ações de saúde”.

O processo constituinte evidenciado a partir da 8ª CNS enalteceu o movimento da Reforma Sanitária. Para Mendes (1995) a constituinte formou-se em constantes negociações democráticas que contou com a presença de congressistas que construíram juntos o processo da reforma sanitária.

Assim, em 1988, com a nova constituição brasileira, o projeto de reforma sanitária brasileiro, juntamente com os movimentos de luta, impulsionaram o processo de democratização ao acesso da saúde, haja vista que a saúde foi integrada na constituição como um direito de acesso universal e de responsabilidade do Estado, instaurado nos artigos 196 ao 200 na seção II de saúde. Neste sentido:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art. 196).

Dessa forma, o acesso à saúde pública e universal, sem restrição de gênero, classe, cor e condição social, passa a ser integrante na nova constituição. Interesses estes que foram uma das pautas principais do movimento da reforma sanitária e se firmaram com a criação do SUS.

A implementação do SUS e as leis que norteariam o sistema foi definido com a Lei Orgânica da Saúde (LOS), promulgada com as leis 8.080 de setembro de 1990 e 8.142 de dezembro de 1990, que constitui as bases legais de organização no setor da saúde e do SUS. As regras constituintes da LOS foram orientadas por Normas Operacionais Básicas (NOB's), criadas pelo Ministério da Saúde, seu conteúdo foi importante para implantação do SUS, presente em intensas disputas, tanto para regras na descentralização, quando para as regras decisórias (NORONHA, 2008).

No processo de vigência do SUS, consta em suas premissas da lei 8.080, os princípios e diretrizes que regulamentariam o sistema, que, segundo Noronha, Lima e Machado (2008), se baseiam nas principais características:

- **Universalidade** nas ações e serviços de forma igualitária a todos na promoção e proteção da saúde.
- **Equidade** à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social dos sujeitos.
- **Integridade** na garantia do acesso aos serviços resolutivos, preventivos e curativos de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde.
- **Participação coletiva** na fiscalização formulação e no acompanhamento da implementação de políticas de saúde.
- **Descentralização** político administrativa em que os cidadãos tenham atendimentos em unidades de saúde mais distintas, localizadas em seu município, ou onde estiver, respondendo as necessidades de sua saúde.

Os serviços prestados pelo SUS descentralizaram o Estado na ação, passando a responsabilidade também para a União, o Distrito Federal, o Estado e os municípios, distribuindo a ação em saúde em três pilares: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade, que serão explicados mais adiante.

A regulamentação do SUS passou por processos conflituosos em sua implementação, haja vista que, a partir de 1990, o neoliberalismo e os movimentos de privatização crescem no país, como destaca Bravo (2001, p.14): “[...] apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral”.

Assim, neste período, entram em discussão dois projetos: o de reforma sanitária construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988; e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2001).

O governo de Collor entre 1990 à 1992 não promoveu em sua gestão ações que solidificassem os princípios dos SUS e sua implementação, haja vista que houveram dificuldades no fornecimento de verbas aos financiamentos para os gestores municipais nos

gastos com a saúde, e, também, houve a delimitação da participação coletiva nos interesses das ações em política de saúde, pontos estes, garantindo na LOS (NORONHA, 2008).

O mandato de Collor não durou os quatro anos previstos que seria até o ano de 1994, devido aos inúmeros escândalos, em seu lugar assume o vice Itamar Franco, que se pautou em políticas de cunho minimalista e não trouxe respostas aos interesses democráticos, culminando ainda mais os interesses econômicos.

Para Menezes (2011), o movimento neoliberal se fortaleceu no governo de Fernando Henrique Cardoso, mantendo uma condução política pautada ainda numa lógica ofensiva. O mesmo salienta:

Os cortes nos gastos sociais são justificados pela Crise Fiscal do Estado – gerando uma deterioração dos serviços públicos, passando alguns serviços a serem assumidos pela iniciativa privada, com proposta de resolutividade dos problemas [...] O trinômio do ideário neoliberal para o campo das políticas sociais é privatização, focalização e descentralização; o que tende a alterar as responsabilidades da federação, transferindo-as para o campo privado, ou setor público não-estatal. (MENEZES, p. 4-5, 2011).

Contudo, em seu governo foram implantados programas preventivos de atendimento, em especial ao atendimento básico, como o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, voltado para o atendimento assistencial em áreas concentradas de risco social, passando a ganhar representação durante os anos, tendo cada vez mais representação nas pautas do governo. O modelo tem em seu caráter o trabalho multiprofissional entre as equipes de saúde, abrangendo o atendimento para além do indivíduo e uma abordagem com toda a família, trazendo esta como principal ação na atenção básica e buscando restabelecer laços entre profissionais da saúde e a população (SCOREL et. al, 2007).

A implementação do PSF é uma tentativa de fortalecer o atendimento na atenção básica, tendo seu viés nas diretrizes do SUS, ao qual ofereça serviços que atenda as reais necessidades da população. Por outro lado, precisa lidar com dificuldades que norteiam a política do SUS, como o atendimento qualificado, a universalidade e a ampliação do acesso aos serviços, e, principalmente, o pouco investimento que vem se dando para com as demandas correspondentes na saúde (WIESE, 2003).

Os embates na direção da saúde geraram grandes expectativas com o início do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, pois se esperava o fortalecimento do movimento da reforma sanitária disposto em debate nos anos de 1990, porém, o movimento privatista se mostrou mais presente com ações vinculadas aos interesses neoliberais (BRAVO, 2001). A autora ainda destaca que em seu governo, os dois projetos se estabelecem e se contrapõem:

[...] apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento (BRAVO, 2001, p. 16).

Assim, em seu governo, os dois projetos se conformam, haja vista que apesar da implantação de políticas em saúde que respondem ao movimento de reforma, ocorrações focalizadas e minimalistas, não tendo o caráter abrangente aos demais cidadãos e não alcançando os princípios que tangem o SUS.

Os debates em torno da política do SUS se faziam presente nos movimentos dos profissionais da saúde. Na realização do 8º Simpósio sobre Política de Saúde, realizado em 2005, o debate foi significativo, pois teve como tema central as discussões sobre a avaliação do processo de construção do SUS e a reflexão a cerca das estratégias adotadas pela gestão de saúde, na garantia do acesso universal e integral das políticas de saúde. No Simpósio, é firmado o compromisso do direito universal, igual e integral da saúde aos cidadãos.

Em 2006 para consolidar o SUS, se constrói o Pacto pela Saúde, regido pelos princípios do SUS e contempla as necessidades de saúde da população. Sendo este, subdivido em três demais pactos: O Pacto pela Vida voltado para as demandas sanitárias; o Pacto em Defesa do SUS como forma de reforçar a atuação do SUS como política de Estado; e o Pacto de Gestão do SUS defendendo o fortalecimento da gestão compartilhada. (BRASIL, 2006).

Em 2007 ocorreu a 13ª Conferência Nacional de saúde, que continuou tendo como pauta de discussões e de luta a saúde como direito e dever do Estado e seu acesso universal, enaltecendo as dificuldades da efetivação do direito à saúde, a criação de Políticas Públicas para a saúde e qualidade de vida, como também, a participação da sociedade para a efetivação do direito a saúde (BRASIL, 2007a).

No encerramento da gestão de Lula em 2010, é assinada a Medida Provisória nº 520, que vem efetivar a proposta das Fundações através da criação de uma Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares S.A. (EBSERH), que atingiria diretamente os Hospitais Universitários (MENEZES, 2011).

O governo de Dilma Rouseff(2010-2014) que venceu as eleições em 2010, manteve o Partido dos Trabalhadores (PT) na gestão do país. Como pauta do governo, a saúde foi apontada como prioridade, tendo como proposta principal, a consolidação do SUS.

Através do Ministério da Saúde, o governo criou programas voltados para a saúde da mulher e da criança, constituindo a Rede Cegonha, que tem como finalidade o acompanhamento às mulheres grávidas desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança. Também, foram articuladas ações voltadas para a prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado as mulheres com câncer de mama e de colo uterino (BRAVO e MENEZES, 2011).

Com a ampliação do setor privado frente às ações em saúde iniciadas no governo de Lula, na gestão de Dilma, estas intensificaram-se, o que gerou manifestações organizadas pela Frente Nacional Contra a Privatização da saúde, com diversos atos e manifestações a favor do SUS público, estatal com qualidade.

Percebe-se, assim, que a saúde no governo de Lula e Dilma apesar de terem em seus governos o fortalecimento do SUS público, não conseguiram romper com a vertente privatista e focalista, haja vista que a saúde pública continuou os processos de terceirização e crescimento de hospitais, tendo a EBSEH em sua gestão. Assim, o projeto privatista toma frente na condução em saúde, diminuindo a participação do Estado junto aos serviços em saúde.

Neste sentido, percebe-se o SUS como um sistema contraditório, haja vista que o mesmo movimento de lutas por uma saúde com acesso universal e dever do Estado, se encontra com as frequentes práticas de expansão dos serviços e sistemas de saúde privados com os planos de saúde.

Os processos que norteiam a configuração das políticas de saúde no Brasil, até a implementação do SUS, é atravessada por momentos que até hoje são presentes. Os movimentos sociais e de Reforma Sanitária é o que fortalece as lutas por uma política de saúde efetiva e que atinja os princípios estabelecidos na Constituição de 1988, pautando o seu acesso em um caráter universal, igualitário e de participação social junto às ações e políticas de saúde.

Faz-se necessário compreender e enfrentar os desafios que emergem as políticas de saúde, os quais atingem os interesses, necessidades, demandas sociais e o fortalecimento das lutas pela democratização e acesso à saúde.

Pensar nos processos históricos em torno das políticas de saúde é reportar-se também para as instituições de saúde, que são responsáveis pela garantia e acesso aos serviços de saúde, mas precisamente as instituições hospitalares que é o espaço que mais apresenta demandas da população política de saúde, tendo os hospitais como característica o papel de prestar atendimentos, consultas, processos cirúrgicos e internações.

Ainda neste sentido, compreendendo o SUS como mecanismo importante na construção das políticas de saúde e os hospitais como agentes no acesso aos serviços de saúde, é que se faz necessário à reflexão perante as políticas hospitalares e seu entorno histórico, haja vista que elas também se transformam no processo construtivo do SUS uma vez que a saúde se torna um direito universal, e assim, requera construção e reflexão de políticas ao setor hospitalar que qualifique os atendimentos e a relação entre usuários, gestão e trabalhadores de saúde.

2.1 Política de Saúde Hospitalar

Ao longo dos últimos 20 anos os sistemas nacionais de saúde passaram por diversas transformações nas suas orientações, financiamento, como também nos princípios e diretrizes na relação e organização da rede de serviços e modelo de atenção à saúde. A atribuição da assistência hospitalar na atenção em saúde nos hospitais se apresenta relevante aos cuidados de saúde (NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008).

Ainda para os autores, o hospital como instituição é bastante antigo passando por processos de transformações ao longo de sua trajetória, associadas a mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais, como também o avanço de descobertas científicas em torno da biomedicina.

Em seu primórdio, na era medieval os hospitais eram reconhecidos e entendidos por uma orientação cristã. Neto, Barbosa e Santos (2008, p.671) salientam que “[...] em tal momento os hospitais surgem associados as ordens religiosas e funcionam sob sua tutela e orientação”.

Para Foucault (1976) no período medieval os atendimentos não se pautavam propriamente a cura dos enfermos, mas sim voltados aos pobres, como forma de refugio e acolhimento a estes que necessitavam de cuidados e atenção e eram considerados uma ameaça às coletividades, assim, os hospitais cuidavam dessa população e os retiravam do convívio social.

Esta configuração de hospital sofre alterações a partir do século XVIII com transformações econômicas, sociais em virtude da Primeira Revolução Industrial, assim, neste período o hospital abre espaço para seu encadeamento como um instrumento terapêutico. Neste período diversas iniciativas são desenvolvidas para romper com o tradicionalismo religioso e pautar em modernizações das ações nas dependências hospitalares.

É a partir do século XIX que inicia-se um longo progresso de estudos científicos e tecnológicos na área da saúde pública, o que interfere diretamente na amplitude da medicina moderna e na instituição hospitalar.

A medicina conquista de vez legitimidade social, e o hospital passa a desfrutar de outra imagem [...] agora, ao invés do pavor entre a possibilidade de serem internadas, as pessoas, quando enfermas, desejavam ser lá tratadas. Encontra-se desse modo configurada as bases do modelo de atenção à saúde que irá predominar durante o século XX (NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008 p. 676).

Assim, os hospitais começam a assistência as doenças dos sujeitos, o que configura o hospital como referência aos enfermos e as transformações condicionadas para atendimentos e gestão e recursos em saúde.

Neste sentido, o hospital ganha novas atribuições e significados a partir das suas condicionalidades, entendida como um atendimento designado a partir de um hospital moderno, voltado para a recuperação de doenças ao qual o sujeito tenha condições adequadas de saúde. O hospital passa a ser um espaço físico referente a um conjunto heterogêneo de estabelecimentos de saúde de diferentes portes que ofereçam variados serviços e atividades no âmbito ao entendimento à saúde (NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008).

A nova configuração dos hospitais instaurou uma nova dinâmica aos atendimentos realizados nas instituições hospitalares. Mirshawaka (1994 apud Silva 1998) de acordo com o oms define o hospital como:

[...] sendo uma parte integrante de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de saúde à população – curativa e preventiva – cujos serviços atingem a família e seu meio ambiente. Define, também, como sendo um centro destinado ao treinamento de pessoal da saúde bem como à pesquisa biossocial.

Assim, o hospital deixa de ser visto como espaço para o atendimento aos pobres e passa a ser um local de atendimento integral aos sujeitos.

Trazendo esta discussão para o país, as políticas de saúde implantadas no Brasil, e já mencionados no primeiro tópico desta seção, salientam que o processo das políticas de saúde desde a década de 1920 sofre transformações, especialmente com a implementação do SUS, que condiciona para as políticas de saúde novos investimentos e reformulações. Este atinge diretamente os hospitais, haja vista que o mesmo se configura como o setor de maior parcelas dos recursos setoriais, como Possa (2013, p.56) destaca “[...]A transformação dos hospitais no

Brasil e da política para estas instituições se iniciou no século XIX e se consolidou na nova república”.

Ainda para Possa (2013) é no final da República Velha na Década de 1930 que o Estado inicia minimamente a responsabilização junto aos hospitais a partir do financiamento as instituições de caridade, no cuidado com os “indigentes” e doenças infectocontagiosas. As ações junto aos hospitais neste período se configuravam da seguinte forma como retrata Possa (2013, p. 58)

1. O conselho da Assistência Hospitalar do Brasil do executivo federal, ligado ao Departamento Nacional de Saúde Pública, que era encarregado de organizar as subvenções públicas aos Hospitais de Caridade e as definições de modelos para a construção de hospitais.
2. Instituições de caridade, em especial as Santas Casas de Misericórdia, que realizavam um conjunto de atividades relacionadas à atenção aos desvalidos, com perfil assistencial geral. [...]
3. Instituições hospitalares de iniciativa particular individual, mantidos com pagamentos prestados.
4. Instituições hospitalares beneficentes de comunidades específicas, com o atendimento reservado para os associados que contribuía para a manutenção
5. Instituições estatais de isolamento para as doenças infecciosas e psiquiátricas, cuja tarefa principal era tirar de circulação as pessoas que, de alguma forma, afetavam as cidades e localidades subvencionadas pelo Estado; eram majoritariamente federais e estaduais.
6. Instituições militares, responsáveis pelos cuidados dos soldados; eram estatais.

A principal disputa com as políticas hospitalares neste período se configurava na organização estatal por conta das intensas discussões para a organização dos serviços hospitalares, que tinha como viés propor regras de funcionamento aos hospitais privados, como também na organização e restrição da atuação de médicos.

Entre 1930 e 1945 o Estado passou por novas reorganizações com o crescimento da ação governamental com as políticas de saúde. Momento este que se configura a estruturação do sistema de saúde dividida em duas áreas: à saúde pública e da assistência médica individual.

Com relação às políticas hospitalares, neste momento, houve nos hospitais a construção de normatizações, regramentos e de especializações em algumas doenças como a tuberculose e especializações de estudos na saúde mental. As políticas hospitalares centravam-se nas instituições de caridade com assistência para quem não tinha acesso a medicina previdenciária (POSSA, 2013).

O processo de burocratização junto às organizações hospitalares se afunilou, desde questões administrativas, controle com normas e a hierarquia articulada com a organização médica que passou a se configurar nas instituições hospitalares.

Aspolíticas para a área hospitalar se constituíram no viés de que a assistência hospitalar ofertada pelo setor público só se configurava caso não houvesse a capacidade do setor privado responder as demandas.

“[...] O papel da união, dos Estados, das CAP’s e dos IAP’S na provisão de serviços hospitalares era supletivo e limitado, de tal forma que a grande parte do acesso à assistência hospitalar ocorria através do financiamento e provisão privados” (POSSA, 2013, p.63).

No ano de 1942 o setor hospitalar no Brasil foi centralizado na Divisão de Organização Hospitalar (DOH), expandindo as atividades da União com relação a assistência hospitalar, momento este também que se institucionalizou a distinção entre assistência médica e de saúde pública, cabendo ao Estado a reponsabilidade da provisão de saúde pública (POSSA, 2013).

No período de 1945 a 1964 o Brasil aderiu um modelo de saúde baseado em grandes hospitais, dando ênfase aos interesses e necessidades da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Inicia-se neste período a organização do setor hospitalar universitário.(MELLO, 1986 apud POSSA, 2013).

A expansão dos hospitais se configura principalmente a partir de 1950 com a medicina previdenciária, que tinha como estratégia as ações voltadas ao atendimento hospitalar curativo, devido ao crescimento e investimento tecnológico e aos custos à atenção médica, o que aumentou as despesas com os hospitais (MENICUCCI, 2007).

Com relação aos gastos na área hospitalar Braga e Paula(1981 apud Possa, 2013) afirmam que com a medicina previdenciária em evidência os gastos em saúde especialmente na área de assistência hospitalar cresceram, em 1960 era de 22% sendo que em 1966 era 58%.

A partir de 1960 o desenvolvimento de hospitais privados se expande no Brasil como destaca Menicucci (2007, p.72)

É possível inferir que até a década de 60 o desenvolvimento da rede privada hospitalar seguia um movimento próprio, com o crescimento, em parte, independente da política pública assistencial. [...] Após essa época é que vai se observar o crescimento progressivo da proporção de hospitais privados em detrimento dos públicos.

Por outro lado, Possa (2013) retrata que os hospitais privados de caridade na realização de atenção gratuita gradativamente iniciaram um processo de responsabilização do

Estado. Fortaleceram assim, os processos de ação do governo e estado nas instituições hospitalares.

Ainda para a autora, a ampliação da tecnologia no setor da medicina demarcou a participação efetiva e direta do Estado para com a atenção em saúde e o processo desenvolvimento de políticas no setor hospitalar, sendo que:

“[...] neste período observou-se a ênfase na organização hospitalar no setor saúde. Os representantes dos hospitais e das representativas da categoria médica debatiam e formulavam proposta para uma política da área” (POSSA, 2013, p.75).

Neste mesmo período inicia-se o processo de construção de sistemas específicos para o setor hospitalar na saúde brasileira com o Estado implementando a vinculação com a política específica para a área que se apresentou da seguinte maneira

- Compra de serviços dos hospitais pelas CAPs e IAPs para o atendimento à assistência médica individual aos segurados da previdência;
- Subvenções e isenções fiscais para o atendimento aos não segurados pobres;
- Expansão dos hospitais públicos dos IAPs, dos Estados e da União, em especial os universitários;
- Construção de normativas e regras para o funcionamento dos hospitais (POSSA, 2013, p.80).

Com estas iniciativas designadas, o Estado passou a ser principal responsável e catalisador das pressões relacionadas à área hospitalar, foi também decisivo com relação ao destino da assistência hospitalar. Estas ações foram contempladas pós-ditadura militar.

No período da ditadura militar a relação entre setor privado e Estado perante à assistência hospitalar se tornou mais fragilizada, pois foram priorizados os interesses de organizações hospitalares privadas, as quais o Estado incentivava o crescimento. Já no setor público, a área hospitalar se demarcou com hospitais especializados em psiquiatria, tuberculose e hanseníase, com gestão do Estado (POSSA, 2013).

Vejamos que o setor privado se sobrepõe na área hospitalar com o aval do Estado, apresentando o setor privado lucrativo como maior fornecedor de serviços hospitalares. Em 1970 a previdência social inicia uma crise o que atingiu diretamente a área hospitalar. No ano de 1979 foi formulado um novo sistema nacional de controle aos gastos hospitalares, a mesma foi formada pelo Governo Federal sendo elaborada por representantes da saúde e do setor hospitalar.

No ano seguinte foi apresentado as diretrizes e objetivos propostos pelo novo sistema, tendo como principais implicações:

- [...] As entidades representativas da categoria médica e dos hospitais participariam do planejamento, da avaliação e implementação do novo sistema;
- Seriam eliminadas as restrições à utilização da capacidade instalada existente, incorporando todos os serviços médicos;
- Seriam eliminadas as barreiras de escolha dos médicos e hospitais pelos pacientes;
- Seriam desvinculados os pagamentos dos hospitais e dos honorários médicos;
- Seriam instituídos mecanismos de valorização do desempenho hospitalar;
- Seriam previstos os gastos da assistência médica hospitalar. (POSSA, 2013, p. 95).

A proposta foi implementada com a criação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar (SAHMPS) que teve vigência nacional em 1983 e fortaleceu os defensores de que a prestação de assistência médica era ineficiente devido a insuficiência de recursos para financiá-la (POSSA, 2013).

Com o processo de Reforma Sanitária se instaurando e ganhando força a partir de 1970 e tendo sua pauta na universalização da saúde, as questões relacionadas às ações voltadas à área hospitalar passam por transformações, no intuito de reestruturarem efetivas necessidades em saúde da população de forma integrada.

Na década de 1980 os serviços hospitalares no Brasil eram realizados pela prestação de serviços dos INAMPS, destacado por Lemos (1982 apud POSSA, 2013) da seguinte maneira: a) Serviços próprios vindo dos antigos IAP's; b) Hospitais contratados, sejam privados, beneficentes, de ensino e governamentais; c) Convênios com hospitais governamentais e universitários.

Possa (2013, p. 106) retrata que “em 1986 o INAMPS tomou medidas de expansão ao atendimento, aproximando-se da cobertura universal da atenção à saúde”.

De fato, o processo de universalização de acesso à saúde se concretizou a partir do processo de redemocratização no país conquistada com a CF de 1988 e em 1990 com a vigência do SUS. Neste sentido, emergiu o debate em torno de políticas voltadas aos atendimentos integrais e de caráter universal nas áreas hospitalares, com o intuito de restabelecer diretrizes e normas para a organização dos serviços em saúde nos hospitais.

Em julho de 1990 é instituída pelo INAMPS a resolução Nº 227 de 27 de julho de 1990 que regulamenta a implementação do Sistema de Informações Hospitalares – SIH- SUS que Santos (2009, p. 16) retrata este:

Originado do formulário administrativo denominado Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que foi um dos primeiros registros administrativo brasileiro criado

na área da saúde com a finalidade de viabilizar a administração, fiscalizar e controlar as ações dos serviços de saúde.

Ainda para a autora, o sistema atua diretamente na prestação de contas nas internações hospitalares a partir da vigência do SUS que tem como principal objetivo

As informações e realizar o processamento da produção relativo às internações hospitalares no âmbito do SUS. Este sistema é utilizado para efeito de cobrança pelos prestadores junto ao SUS. Por ser um sistema de pagamento as informações que circulam têm uma dinâmica muito oportuna, pois quanto mais rápido a informação entrar, mais rápido ela será processada e disseminada, oferecendo insumos importantes para a tomada de decisões, sobretudo financeira, de forma instantânea (SANTOS, 2009, p.16).

A partir do SUS inicia-se o processo de ampliação para avanços ao atendimento e acesso aos serviços de saúde, atingindo diretamente a ação junto aos contextos hospitalares. A assistência junto aos usuários no SUS é comportada pelos níveis de atenção básica, média e alta complexidade.

O Estado passou a descentralizar as ações e serviços de saúde, sendo também responsável a União, Distrito Federal, os Estados e Municípios, deixando de ser centralizadas somente no Ministério da Saúde, com isso permitiu a hierarquização na distribuição de atenção à saúde em três níveis: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. Neste sentido “A organização da assistência à saúde no SUS, concebida enquanto rede articulada entre a atenção básica, média e alta complexidade, é caracterizada pela centralidade dos procedimentos médico-hospitalares sobre a promoção da saúde” (PIRES et al.,2010, p.1010).

A organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além destes princípios o sistema, ao longo dos anos, estabeleceu que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção básica, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2007, p.11).

Os hospitais são responsáveis pelos níveis de atenção de média e alta complexidade com atendimentos específicos para o cuidado junto aos pacientes, assume um papel importante na atenção à saúde.

“[...]As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão” (BRASIL, 2007, p. 11).

As ações provenientes pela atenção de média complexidade podem ser entendidas como serviços que buscam atender aos agravos e problemas de saúde da população, ao qual a prática profissional demande por profissionais especialistas com o recurso de tecnologias de apoio ao diagnóstico e terapêutico (SILVA, 2006). Ainda de acordo com o ministério da saúde os serviços prestados pela média complexidade são:

- Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- cirurgias ambulatoriais especializadas;
- procedimentos traumato-ortopédico;
- ações especializadas em odontologia;
- patologia clínica;
- anatomopatologia e citopatologia;
- radiodiagnóstico;
- exames ultra-sonográficos;
- diagnose;
- fisioterapia;
- terapias especializadas;
- próteses e órteses;
- anestesia. (BRASIL, 2007, p.17-18)

Já as ações de alta complexidade são definidas da seguinte forma de acordo com o Ministério da Saúde: “conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)”(BRASIL, 2007b, p.17).

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são:

- assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);
- assistência ao paciente oncológico;
- cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;
- procedimentos da cardiologia intervencionista;
- procedimentos endovasculares extracardíacos;
- laboratório de eletrofisiologia;
- assistência em traumato-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 o 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 imperfecta;
- fibrose cística e reprodução assistida. (BRASIL, 2007, p. 18-19).

Para Guedes e Castro (2009, p.5) “tais serviços, ainda que sejam estruturados de forma hierárquica, guardam profunda relação entre si, conformando ações intersetoriais, sendo acionados ou referendados com dada frequência de acordo com o fluxo da demanda”.

No ano de 2000 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) que colocou em evidencia o debate sobre humanização no trabalho em saúde, o programa tinha como proposta

“[...] buscar estratégias que possibilitassem a melhoria do contato humano entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a

comunidade, visando o bom funcionamento do Sistema de Saúde Brasileiro” (MANUAL PNHAH s/a, p.2).

Possa (2013, p.194) “Inúmeras foram ações desenvolvidas pelo MS através de interação direta com os serviços hospitalares, como cursos e organização das comissões de humanização nas instituições”. O PNHAH em 2003 se transforma através do Ministério da Saúde em Política Nacional de Humanização (PNH) que será elucidada no decorrer desta seção.

No ano de 2002 foi instituída através do Ministério da Saúde a portaria Nº 2.225, de 05 de dezembro que classificou os hospitais integrantes do SUS, padronizando os mesmos por meio de nomenclaturas, como forma de estruturar o sistema hospitalar (BRASIL,2002). No artigo 1º da portaria se ressalta a importância de padronizar e classificar os hospitais nesse sentido prevê:

Estabelecer exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, sem prejuízo de outras que venham a ser consideradas necessárias em cada instituição, em decorrência de regulamentos específicos ou exigências legais, e critérios de qualificação profissional exigíveis para o exercício de funções nestas direções, de acordo com o Porte do hospital segundo sua classificação atribuída conforme os critérios do Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde [...] (BRASIL, 2002).

De acordo com oms os hospitais se dividem por portes, da seguinte forma:

- Pequeno porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos.
- Médio porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos.
- Grande porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos. - Acima de 500 leitos considera-se hospital de capacidade extra. (BRASIL, 2002, p.10)

A classificação de hospitais tem por finalidade estabelecer políticas de planejamento e de ações específicas aos hospitais articulados ao SUS e que estes sejam compatíveis com as características de cada hospital a partir dos seus critérios e sua capacidade instalada.

Estabelecidos ainda no ano de 2002 regulamentado pela portaria GM/MS n.º 2.048 são os sistemas estaduais de atendimentos de urgência e emergência, momento importante para ação junto à população nos hospitais, haja vista que as demandas junto aos atendimentos deste setor se intensificaram, e coube ao SUS buscar maneiras de articular e atender as necessidades no atendimento à população.

Visava-se estruturar toda a rede assistencial, desde os componentes pré-hospitalares (unidades básicas, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares) e serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, resgate, ambulâncias), até a rede hospitalar de alta complexidade, atribuindo a cada nível de assistência as responsabilidades por determinada parcela da demanda de urgência, conforme os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. (PACHECO. et, 2015, p.30).

Ainda referente ao atendimento de urgência e emergência em 2003 um novo ciclo é demarcado na área das urgências com a publicação da portaria da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), a ser implementada em todas as unidades federadas e apresentando novos elementos aos atendimentos. Foi implantada pela portaria GM/MS n.º 1.863 que apresentou no artigo 3 os componentes necessários para sua implementação:

1. Adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
2. Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:
 - 2.a Componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências;
 - 2.b Componente Pré-Hospitalar Móvel: SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192;
 - 2.c Componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;
 - 2.d Componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;
3. Instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;
4. Capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abrangendo toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde;
5. Orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção (BRASIL, 2006b p.18-19).

Konder, (2013, p.26) destaca que “nos anos subsequentes foram publicadas mais sete portarias estabelecendo uma nova prioridade para o Governo Federal, que disponibilizou recursos financeiros para sua implementação”. Para Dwyer (2010 apud Konder, 2013) a PNAU tem um aspecto inovador como política, pois condiciona a centralidade no usuário, tendo seu enfoque em suprir às necessidades de implantação e implementação no processo de

regulação de atenção às urgências, ao cuidado integral dos sujeitos, aos quais os mesmos recebem em seu atendimento o acesso aos meios adicionais de atenção e serviço para sua recuperação.

Ainda no ano de 2003 é criada a PNH passando diretamente pelos processos de ação na área hospitalar. A PNH tem o intuito de inclusão entre trabalhadores, gestores e usuários nos ambientes hospitalares, articulando-se para os cuidados dos pacientes e da promoção de saúde, como também potencializar a articulação entre gestão, profissionais e pacientes. O programa vem a ser debatido para ampliação da discussão de saúde pública com uma proposta de aproximação entre gestão e usuários e melhoramento do sistema. A PNH foi instituída por princípios que norteiam sua condicionalidade como política de:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. (BRASIL, 2004, p.9)

Sua implementação também foi condicionada por diretrizes que são orientações que norteiam e execução da política, entendidas brevemente pelo Ministério da Saúde (2011):

- **Acolhimento:** Buscar atender as necessidades do usuário construindo relação de confiança, compromisso e vínculo.
- **Gestão Participativa e cogestão:** Busca incluir novos atores no processo de gestão, criando a interação entre: os trabalhadores, usuários e gestores.
- **Ambiência:** Cria espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis a partir de projetos arquitetônicos que atendem as necessidades dos usuários e trabalhadores.
- **Clínica ampliada e compartilhada:** Buscar recursos que permitam o enriquecimento dos diagnósticos, buscando outras variáveis e considerando as relações biopsicosocial.
- **Valorização do trabalhador:** Valorizar o profissional e sua experiência, como também sua inclusão e participação no processo de gestão.
- **Defesa dos direitos dos usuários:** A garantia dos direitos dos usuários, tendo como viés a estimulação de conhecimento dos direitos dos sujeitos em todo seu atendimento.

A PNH trata-se da perspectiva de uma atenção e gestão articuladas que condicionam os atendimentos em saúde numa linha direta entre comunidade, profissional e gestão. Assim, Humanização em saúde tem como finalidade “[...] a preocupação dos atores envolvidos em prestar ou receber atendimento de boa qualidade”(MELLO, 2008, p.7).

No mês de outubro de 2012 se inicia no Brasil a discussão da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) iniciada pelo Ministério da Saúde. No debate houve a participação de diversos órgãos da área da saúde, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) que tem o intuito de promover a articulação e representação política da gestão do SUS, e outros órgãos do âmbito estadual da saúde.

O CONASS realizou durante este processo de debates com outros órgãos e secretárias da saúde reuniões e oficinas que pautam discutir os elementos necessários para elaboração e vigência do PNHOSP.

No ano seguinte é instituída a Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 que institui a PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, estabelecendo-se as diretrizes para organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) dentro das três esferas governamentais (municipal, estadual e federal). De acordo com ministério da Saúde no artigo 2 da portaria “As disposições desta Portaria se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS” (2013, p.2).

São diretrizes que condicionam a implementação do PNHOSP através do capítulo 2 no artigo 6º da portaria:

- I** garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
- II** regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, e consonância com as pactuações regionais;
- III** continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;
- IV** modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;
- V** acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;
- VI** atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;
- VII** gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;
- VIII** garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;
- IX** garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;
- X** financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão;
- XI** garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena;
- XII** transparência e eficiência na aplicação de recursos;
- XIII** participação e controle social no processo de planejamento e avaliação;
- XIV** monitoramento e avaliação (BRASIL, 2013 p.4 -5).

A PNHOSP tem a partir destas diretrizes o intuito de promover o aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais na atenção hospitalar, mediante um planejamento cooperativo e solidário entre as esferas governamentais, com vistas à qualificação e resolutividade da atenção.

Na mesma portaria é condicionada os 6 eixos estruturantes da PNHOSP presentes no capítulo 3 Do artigo 7, que aqui serão brevemente esclarecidas através dos dados obtidos pelo portal da saúde³.

- **Assistência médica:** com o intuito de organizar a atenção hospitalar, através das necessidades da população, com o intuito de garantir o atendimento aos usuários, com o suporte de uma equipe multiprofissional, garantindo o cuidado e acesso de qualidade e segurança ao paciente.
- **Gestão Hospitalar:** Na garantia do acesso aos serviços de forma qualificada através dos serviços, com eficiência e transparência, aplicando condicionalidades que efetivam os atendimentos, liberação de recursos e o planejamento e participação democrática dos usuários.
- **Formação, Desenvolvimento e Gestão de Força de Trabalho:** Os espaços de produção das ações e serviços em saúde se fundamentam no campo da prática para o ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, tendo os hospitais integrantes do SUS que desempenhar papel na formação para as equipes.
- **Financiamento:** O financiamento da assistência hospitalar é realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS, conforme a Lei 8080/1990. Tem o viés de Potencializar o investimento no Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar.
- **Contratualização:** Tem a finalidade formalizar a relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS. Assim, busca monitorar e assessorar os meios entre gestão e hospitais.
- **Responsabilidades das esferas de gestão:** As esferas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na PNHOSP.

³ Portal da Saúde, Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/atencao-hospitalar>>acesso em: 10 de agosto de 2016.

Ainda há competências do Ministério da Saúde, das Secretárias Estaduais e do Distrito Federal e das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Assim, a PNHOSP tem como pauta em suas condicionalidades reformular o modelo de atenção hospitalar no SUS, estabelecendo reformulações no processo de gestão hospitalar, condicionalizadas para o atendimento integral da população (POSSA, 2013).

Para Silva (2005, apud CASTRO e GUEDES, 2009) os hospitais no seu decorrer se tornaram mecanismos importantes junto às políticas públicas a partir dos avanços constitucionais e de políticas voltadas ao contexto hospitalar, principalmente com a vigência do SUS, vindo a ser importantes instituições na garantia da equidade, integralidade da assistência e na defesa da vida com práticas comprometidas no amplo sentido de saúde, para além da recuperação e questões biológicas curativas, mas também ligadas a prevenção e promoção de saúde, envolvidos nesse processo, e humanizar as relações entre profissional e sujeitos.

Neste sentido, com a implantação do SUS e a importância da atuação dos profissionais nos hospitais para recuperação dos pacientes que a próxima sessão apresentará a inserção do Serviço Social na saúde e principalmente no contexto hospitalar, mostrando o quanto a profissão em seu caráter interventivo se faz essencial junto aos usuários e familiares, no esclarecimento, acesso e defesa de direitos, a partir da intervenção profissional.

3. O SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

Nesta sessão será abordada a inserção do Serviço Social no Brasil tendo seu avanço a partir da década de 1930 com a industrialização e ampliação das desigualdades sociais inerentes do processo da sociedade capitalista: a relação capital x trabalho que condiciona ao Estado a minimizar e atender as expressões da questão social na conciliação e harmonia entre as classes. Será apresentada a contextualização da inserção do Serviço Social no campo da saúde, a partir da década de 1940, momento ao qual o assistente social é reconhecido como profissional da saúde e passa a integrar a equipe multiprofissional indicando a importância da profissão nos hospitais até os dias atuais.

Ainda no decorrer da sessão e suas seções serão salientadas a atuação profissional do serviço social nos contextos hospitalares, expondo as principais atividades e intervenções junto aos pacientes. E por fim, será apresentado o relato de experiência no HU/UFSC no setor de Serviço Social apresentando a importância da/o profissional na instituição, como também as ações realizadas pela equipe de serviço social junto aos usuários e seus familiares.

Para Faleiros (2001) a partir de 1920 com o amadurecimento da urbanização, a população vivencia em seu cotidiano o agravamento dos problemas sociais, entendidas pelas expressões da questão social, o que desencadeou na classe dominante uma preocupação por parte dos movimentos trabalhistas através de reivindicações por direitos. Nesta perspectiva inicia-se um processo de responder à população com ações assistencialistas que visem os atendimentos aos pobres, sendo ofertados pela intervenção da igreja católica.

Para Yamamoto e Carvalho este movimento propiciou minimamente o processo de inserção do Serviço Social no país

[...] que durante a década de 1920 se desenvolve apenas moderadamente, se acelera no início da década seguinte, com a mobilização, pela igreja, do movimento católico leigo. Surgirá o Serviço Social como um departamento especializado da Ação Social embasado em sua doutrina social (IAMAMOTO e CARVALHO, 2006, p.141).

É a partir da década de 1930 que o Serviço Social se consolida no Brasil juntamente com o amparo da burguesia e respaldado pela igreja católica e tendo referência do Serviço Social europeu. A profissão se insere com o mecanismo de conseguir responder as demandas da sociedade com ações minimalistas, como forma também de controlar o movimento de lutas sociais.

A saúde foi à área que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil a partir da década de 1940. Nessa área, a atuação dos assistentes sociais se localizou principalmente nos hospitais, sendo o Hospital das Clínicas de São Paulo, com o chamado Serviço Social Médico, o pioneiro na contratação destes profissionais (BRAVO, 2006).

Para Bravo e Matos (2012) a inserção de assistentes sociais na saúde ocorre devido a transformações e consolidação da política de saúde nos períodos de 1945 a 1950 ao qual ampliou os gastos com a previdência social com assistência médico hospitalar.

A expansão do Assistente Social no campo da saúde ocorre a partir de 1948 com a OMS estabelecendo um novo conceito sobre saúde

“O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.[...]Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir[...]” (SCLIAR, 2007, pg. 37-38).

Neste sentido, a saúde passou a ser constituída não apenas como a inexistência de doenças, mas também o reconhecimento e entendimento biopsicossociais como motivadores na vida dos sujeitos, o que requer um olhar profissional de outros setores, como o assistente social.

A atuação profissional da/o assistente social no campo da saúde ocorreu principalmente nos hospitais. Bravo e Matos salientam que (2012, p.29) “O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios”. A ação dos profissionais resumia-se em plantão, encaminhamentos, concessões de benefícios e orientação previdenciária. O serviço social médico, como assim era denominado, se pautava em um serviço social de casos, com base na vertente norte americana com um atendimento dimensionado de forma individual e do envolvimento do “cliente no tratamento”.

O Serviço Social passa por transformações a partir de 1960 percorrendo golpe de 1964 o que interferiu diretamente no trabalho do Assistente Social na área da saúde. A partir desta década a profissão iniciou um tímido processo em torno do serviço social, questionando principalmente o conservadorismo que implicava na ação e nos espaços de atuação profissional. Porém, golpe militar ocorrido em 1964 minimizaram estes debates que para Bravo e Matos (2012, p.31) acarretou “a neutralização dos protagonistas sociopolíticos comprometidos com a democratização e do Estado”.

É no entorno do conservadorismo implicado diante do golpe militar de 1964 que o serviço social passa pelo seu processo de renovação, haja vista às novas formas de estratégia e de controle do Estado sobre as classes trabalhadoras e efetivadas pelo capital, refletindo também no atendimento e novas demandas.

O Serviço Social no período de 1965 a 1975 teve suas ações profissionais pautadas pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS) adequando a profissão às exigências pelos processos sociopolíticos do pós 1964. Na área da saúde, a perspectiva modernizadora sedimenta a prática profissional na dimensão curativa, principalmente na assistência médica previdenciária dando ênfase às técnicas de intervenção, burocratização das atividades e concessão de benefícios (BRAVO 1996 apud BRAVO e MATOS 2012).

Apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento geral da sociedade, no período de 1974-1979, o Serviço Social na saúde permaneceu sem alterações, haja vista que estes movimentos de reformulação na ação profissional foram mais visíveis nos espaços acadêmicos a partir de discussões nas salas de aula, não se efetivando nos espaços profissionais de inserção do profissional (BRAVO e MATOS, 2012).

Como já mencionado na seção I, o movimento de Reforma Sanitária, iniciado a partir da dada de 1970 e percorrer de 1980 condiciona um novo olhar para a saúde e sua forma de estruturação e acesso condicionado pelo Estado e refletindo na sociedade. Neste mesmo período o Serviço Social inicia um processo de transformação intencionado pelo movimento de ruptura da profissão com o conservadorismo que para Netto (1992, p.159):

[...] possui uma crítica sistemática ao desempenho “tradicional” e aos seus suportes teórico, metodológicos e ideológicos. Com efeito, ela manifesta a pretensão de romper quer com a herança teórica metodológico do pensamento conservador, quer com os seus paradigmas de intervenção social.

Para Bravo e Matos (2012) é neste período que o Serviço Social perpassa por transformações significativas com visibilidades até hoje na profissão, sendo evidenciados nas tendências e nas entidades representativas da profissão intermoduladas com o movimento marxista que passou a ser o referencial para a categoria profissional. Apesar da postura crítica acerca da intervenção profissional este posicionamento ficou mais eminente nas consolidações teóricas e nos espaços da academia, haja vista que nas intervenções junto aos usuários não se consolidaram efetivamente.

Ainda para os autores apesar das modificações ocorridas com a nova postura crítica da categoria profissional, o Serviço Social na saúde nos anos de 1990 se condicionou desarticulado com o movimento da Reforma Sanitária, neste mesmo período é implementado o projeto neoliberal com um caráter de projeto privatista no país. Tal projeto confronta-se diretamente com o projeto ético político do Serviço Social⁴ e com o projeto de reforma sanitária. Ambos os projetos apresentam distintas orientações para a atuação do profissional de Serviço Social no setor da saúde, aos quais Bravo e Matos (2012, p.37) destacam:

Projeto Privatista: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Projeto da Reforma Sanitária: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Vejamos, que mesmo com a implementação do SUS e tendo seu viés direcionado pelo projeto de reforma sanitária, o profissional de Serviço Social no campo da saúde encontra dificuldades em consolidar-se, haja vista que o projeto privatista se sobrepõe na ação em saúde, sendo este articulado pelo mercado e pautado com características ao atendimento focalizado e descentralizando aos serviços, não seguindo as diretrizes do SUS como o acesso universal aos serviços, diretrizes estas já citadas no capítulo anterior.

Bravo e Matos (2012, p. 45-46) evidenciam que a atuação do profissional de serviço social no campo da saúde atualmente perpassa por algumas competências:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas. Bem como levantar discussão e defesa da participação crítica também dos funcionários nesses espaços;
- Estar sempre disposto a procurar reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

Ainda sobre a importância do Assistente Social na área da saúde

⁴Pode-se consolidar a gênese do projeto ético político, na segunda metade da década de 1970. Esse mesmo projeto avançou nos anos de 1980, consolidou-se nos 1990 e está em construção, fortemente tensionado pelos rumos neoliberais da sociedade e por uma nova reação conservadora no seio da profissão na década que transcende. (TEIXEIRA, s.a p. 13). Disponível em: <http://www.abepss.org.br/uploads/anexos/teixeira-joaquina-barata_braz-marcelo-201608060407431902860.pdf>, acessado em: 19 de outubro de 2016.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS (2010, p.3)

Dessa forma a intervenção profissional do Assistente Social no campo de saúde deve estar articulada aos princípios do projeto da Reforma Sanitária e do projeto ético político da profissão, na intenção de atender de forma qualificada as demandas dos usuários.

A/o assistente social para suas atribuições e competências junto ao trabalho na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, é orientado por direitos e deveres presentes no Código de Ética Profissional (1993). Cabe aqui destacá-los, haja vista que estes direitos condicionam a intervenção profissional, dando legitimidade para a atuação profissional. De acordo com o artigo 2º do Código de Ética

- a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b) livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. (CFESS, 1993)

No que se referem os deveres da/o assistente social no artigo 3º do Código de Ética é apresentado

- a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;
- b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;
- c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes. (CFESS, 1993)

O documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”(2010) elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) de todas as capitais do país, tem como finalidade contribuir para a intervenção profissional no campo da saúde, como também

atribuir aos empregadores e usuários a importância e ação profissional do assistente social, como no próprio documento é salientado:

Visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde (CFESS, 2010, p.10-11).

Ainda no mesmo documento são atribuídos os principais eixos de ação do profissional no campo da saúde (CFESS, 2010):

- Atendimento direto aos usuários: se dá em diversos espaços no campo da saúde, desde hospitais gerais, de emergência e especializados, Centro de Apoio Atenção Psicossociais, e outros. Os atendimentos diretos aos usuários requerem do profissional um gesto humano, pois está se lidando com pessoas fragilizadas, que esperam por uma escuta atenta. Os atendimentos diretos comportam pelas implicações de reconhecer as demandas dos sujeitos, sendo realizadas ações socioassistenciais, ações realizadas junto a equipe multiprofissional e ações socioeducativas que estimulem e orientem os usuários.
- Mobilização, Participação e Controle Social: ações voltadas para mobilização dos usuários, familiares, trabalhadores de saúde, na luta por defesa de garantia de direitos, ao qual os sujeitos possuem participar nas reivindicações da saúde pública.
- Investigação, Planejamento e Gestão: conjunto de ações pautadas que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa que potencialize a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde. O profissional de serviço social vem a ser essencial na realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas dos trabalhadores de saúde. A contribuição do profissional de Serviço Social na gestão e planejamento, busca a intersetorialidade, na perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social.
- Assessoria, Qualificação e Formação Profissional: as atividades de qualificação profissional visam o aprimoramento profissional, objetivando a melhoria da qualidade de serviços prestados aos usuários. O profissional de serviço social desenvolve assessoria para formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais, com intermédio de fortalecer o controle democrático, formulando estratégias para as esferas de organização para seminários e outros eventos (CFESS, 2010 p. 60).

Os eixos que norteiam o trabalho do Serviço Social na saúde evidenciam a importância de promover nos espaços ocupacionais de atuação profissional o debate em torno do Serviço Social enquanto profissão de caráter interventivo e de premissa com o direito as políticas públicas, cabendo aos empregadores fortalecer o acesso aos serviços e atendimento

as demandas com um viés voltado para a valorização e qualificação do trabalho do assistente social.

Ainda para o CFESS (2010, p.28-29) a atuação por parte dos profissionais na saúde deve ocorrer “numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS formulando estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde”.

O Serviço Social como profissão de caráter interventivo reafirma seu papel e sua relevância nas relações sociais com os sujeitos e na sua amplitude de prática no embate acerca das situações de violações de direitos que afetam as esferas da população, haja vista sua intensificação nos âmbitos empobrecidos da sociedade (MARTINELLI, 2011).

A/o Assistente Social na sua atuação nos diferentes espaços de atuação frente às políticas públicas deve ficar distante de abordagens que reforçam práticas conservadoras, tendo em vista que as demandas trazidas e reconhecidas pelo profissional através dos atendimentos devem ser resolvidas de forma a compreender a realidade individual e coletivas dos sujeitos.

Dessa forma, o profissional deve pautar sua intervenção no reconhecimento da realidade dos sujeitos e compreendê-los através de suas particularidades, como também ter uma leitura crítica da realidade para compreender como estas implicações emergem no cotidiano profissional e na realidade dos sujeitos atendidos, buscando estratégias que possam garantir aos mesmos o acesso aos direitos e a defesa do SUS.

3.1 O Serviço Social no contexto Hospitalar

Como já mencionado na seção anterior, o hospital passou por diversas transformações ao longo da sua trajetória, assumindo novas responsabilidades para além do adoecimento e recuperação dos sujeitos. Neste sentido: “O hospital assume hoje, um papel fundamental nos modernos sistemas de saúde, pautando-se por critérios de racionalidade e eficiência, ganhando visibilidade e preocupação com a qualidade dos sujeitos” (CARVALHO, 2003, p.30).

Neste mesmo processo o profissional de Serviço Social inicia sua inserção nos hospitais, atuando na equipe multiprofissional, buscando em sua intervenção a perspectiva de assistência integral à saúde da população atendida. A atuação multiprofissional requer um olhar ampliado para o reconhecimento das demais profissões que compõem a equipe, para

uma análise construtiva e de qualidade na recuperação do usuário, respeitando os espaços interventivos de cada profissional. Sobre o trabalho multiprofissional, Ferreira, Varga e Silva (2009, p. 1423) destacam:

[...] O trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Nesse sentido, a participação de diferentes profissionais na atenção em saúde contribui com a construção de um atendimento ampliado, rompendo com o modelo tradicional e hegemônico no campo da saúde, em que prevalece o olhar biomédico.

Ainda para Martinelli (2003) na década de 1940 o hospital passa a ser referência na prática médica e o assistente social já era visto como um profissional indispensável na equipe. No Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo inaugurado em 1945 desde sua origem contou com a participação de assistentes sociais. O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social junto as equipes multiprofissionais destacado pelo CFESS (2009, p.1) na resolução N° 557/2009

[...]O profissional assistente social vem trabalhando em equipe multiprofissional, onde desenvolve sua atuação conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo na sua totalidade e, assim, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, abrangendo os direitos humanos em sua integralidade, não só a partir da ótica meramente orgânica, mas a partir de todas as necessidades que estão relacionadas à sua qualidade de vida.

O olhar da/o assistente social em uma equipe multiprofissional nos hospitais envolve uma intervenção em torno da realidade social do usuário, compreendendo que a sua alta médica não é o único mecanismo para sua alta hospitalar. Os cuidados com o usuário e seus familiares requer uma atuação presente e humanista, reconhecendo os valores e a realidade que englobam a realidade tanto do usuário quanto dos seus familiares.

Para Ferreira e Lunardi (2007) o trabalho do assistente social junto a pessoas hospitalizadas e seus familiares torna visível a vulnerabilidade que acomete todos os que passam por essa situação, mostrando a importância da luta pela humanização do atendimento, haja vista um direito dos usuários. Isso fica ainda mais evidenciado quando se considera que, além de estarem vivendo um momento de fragilidade e ansiedade devido à enfermidade, muitas pessoas têm seu sofrimento agravado por desconhecerem seus direitos de cidadania.

Dessa forma, a inserção da/o Assistente Social contribui com a análise e contexto de vida do usuário, no intuito de refletir sobre suas condições sociais, e garantir o acesso aos

direitos sociais, tão influenciadores no processo de saúde e doença dos usuários e seus familiares, pautando-se em uma ação interventiva, impactando diretamente na melhora e recuperação do sujeito pós-alta hospitalar. Sobre a/o Assistente Social no processo de alta hospitalar CFESS (2010, p.48) salienta:

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.

Assim, a intervenção da/o Assistente Social no contexto hospitalar tem intuito de incluir aspectos preventivos, informativos e de promoção da saúde junto aos usuários e familiares. Para tanto o “profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários” (CFESS, 2010 p. 43).

Para Carvalho (2003) a/o Assistente Social a partir da sua intervenção junto aos usuários permite acolher, acompanhar e apoiar psicossocialmente todas as situações na internação, sendo propício o desenvolvimento de competências sociais no doente e na família, preparando-o para o regresso à comunidade - casa, família, contexto social - mobilizando os recursos internos e externos, necessários ao seu bem-estar. Ainda para Carvalho (2003, p.50) a “[...] intervenção do Serviço Social no Hospital adquire um caráter emancipador para o doente e sua família, porque os coloca no centro da decisão, enquanto sujeitos, estabelecendo-se uma relação profissional de segurança”.

Martinelli (2011) destaca o compromisso do profissional se comprometer com a equipe multiprofissional a partir de práticas interdisciplinares, exigindo do profissional um processo contínuo de construção de conhecimentos, pela via da pesquisa e da intervenção profissional crítica, sendo alicerçada pelo Projeto Ético Político da profissão. O trabalho do profissional em cada ato deve ser mobilizado por conhecimentos, saberes e práticas que, diante uma ampla cadeia de mediações e do uso adequado de instrumentais de trabalho, visa alcançar os resultados estabelecidos. Sobre isto espera-se

[...] que a equipe multiprofissional possa ser capaz de uma ação interdisciplinar, onde os saberes de cada um se ligam e se interconectam na construção de outra forma de trabalho, na qual todos os profissionais estão atentos, investigando e orientando os pacientes e seus familiares sem perder de vista os diferentes lugares, situações e (im)possibilidades de cada paciente. (OLIVEIRA, 2009, p.19).

Dessa forma, a interdisciplinaridade é vista como um aporte de exercício prático que sinaliza para a constituição de uma atenção qualificada e preocupada com o sujeito integral, já que, diferentes profissionais, com diferentes perspectivas, põem-se a olhar e atuar em conjunto pela vida e saúde do usuário e sua família.

Assim, a cooperação, o trabalho em equipe e a troca de informações, são fundamentais para que o conhecimento de cada profissão tenha impacto na vida deste sujeito, bem como de sua família. No âmbito hospitalar surgem diversas demandas que deverão ser acolhidas pelos profissionais, algumas mais explícitas outras nem tanto, necessitando assim, de um olhar e percepção mais atenta por parte dos profissionais.

A atuação da/o assistente social no contexto hospitalar passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença, para assimelaborar estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. O exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário (CFESS, 2010).

Dessa forma, o trabalho da/o assistente social junto aos hospitais se pauta em uma intervenção que possibilite a efetivação dos direitos, na prestação de serviços aos usuários, com uma dimensão em sua prática interventiva, pautando-se no cuidado ético, de humanização da prática, fazendo o uso consciente de conhecimentos, sentimentos, valores, nas busca da qualidade de atendimento aos atos profissionais.

3.2 A Experiência de Estágio no Serviço Social do HU/UFSC

O Estágio Obrigatório I e II em Serviço Social realizados no HU/UFSC possibilitou o reconhecimento da intervenção da/o Assistente Social no campo da saúde se efetivando no contexto hospitalar.

O espaço tem como finalidade proporcionar a experiência do exercício da profissão e complementar os processos de ensino-aprendizagem através de experiências concretas, possibilitando ao acadêmico formar sua identidade profissional em consonância com o projeto ético-político. A/os Assistentes Sociais no HU/UFSC atuam em clínicas de internação específicas, para que possam acompanhar o paciente e seus familiares durante a internação na unidade de tratamento buscando estabelecer um vínculo entre profissional, paciente e familiar, influenciando na humanização e na qualificação da intervenção profissional.

A explanação da experiência de estágio apresentará o trabalho do Serviço Social no HU em clínicas de internação específicas, a Clínica Médica I (CMI) e Unidade Intensiva de Tratamento (UTI) e o Plantão do Serviço Social, sendo este último realizado arrefesadamente pelos profissionais durante a semana responsáveis pelos atendimentos emergências de todo o hospital caracterizando-se pelo atendimento de demandas espontâneas trazidas pelos próprios usuários e familiares na sala do Serviço Social e também pelas equipes profissionais do hospital.

A UTI é uma unidade que recebe pacientes com agravamento no seu quadro clínico e pacientes após procedimentos cirúrgicos que requerem cuidados e atenção profissional especializada de forma contínua, monitorização e terapia para recuperação do paciente, é um espaço que conta com “[...]um trabalho intensivo e humanizado, visando amenizar a dor e angústia do paciente, zelando pela integridade física e moral do mesmo, respeitando-o de forma integral” (ROCHA, 2016, p.46).

Durante os atendimentos realizados na UTI a intervenção profissional buscou estar preparado para lidar com o sofrimento dos familiares e se firmar num compromisso de aliviar e de acolher estas famílias, que antes de qualquer ação junto a eles é preciso ter uma aproximação delicada para buscar uma relação junto aos usuários e familiares respeitando, sobretudo o seu sofrimento.

A Clínica Médica I no HU/UFSC foi escolhida para desempenhar a função de ser clínica referência de “isolamento”⁵ devido suas características estruturais, tendo dois leitos por quarto e um banheiro. A clínica recebe pacientes sabidamente ou com suspeita de bactérias multirresistentes (BMR) e assim acaba abrangendo maiores recomendações junto aos pacientes, equipe multidisciplinar e acompanhantes em relação aos cuidados com higienização.

Os atendimentos realizados junto aos usuários e seus familiares se pautam no reconhecimento das demandas, necessidades e o entendimento da realidade social dos sujeitos, com a perspectiva de acolhimento, escuta e reconhecimento das singularidades que norteiam a vida dos usuários e familiares. Buscando proporcionar o acesso aos direitos sociais, tendo em seus atendimentos um viés humanista, assumindo um caráter interventivo na vida dos sujeitos, procurando junto a estas possibilidades de tornar o processo de internação

⁵Informações disponíveis na Unidade de Isolamento da Comissão de Controle Hospitalar e Serviço de Controle e Infecção Hospitalar do Hospital Universitário Prof. DR. Polydoro Ernani de São Thiago contidos no Plano de Contenção de Disseminação de Bactérias Multirresistentes, 2015. Disponível em <<http://www.hu.ufsc.br/setores/ccih/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/Plano-de-Conten%C3%A7%C3%A3o-de-Dissemina%C3%A7%C3%A3o-de-Bact%C3%A9rias-Multiresistentes-e-Unidade-de-Isolamento.pdf>>, acessado em 19 de novembro de 2016.

menos árduo haja vista que no momento de adoecimento outras questões interferem na vida dos sujeitos, questões essas que vão para além da cura da doença.

Cabe ressaltar que os atendimentos realizados na UTI são efetivados nos horários de visitas, pois não é permitida acompanhantes, por conta disto diversas vezes foi mais dificultoso a aproximação, pois coincidiam com a passagem do boletim médico, momento em que é informado a situação de saúde do usuário, o que deixava os familiares preocupados e algumas vezes interferindo no atendimento naquele momento por parte do Serviço Social, cabendo ao profissional respeitar a decisão do familiar e informá-lo sobre a sala do serviço social caso queira um atendimento, ou então esperar pela próxima visita do familiar na UTI tendo a presença do Assistente Social.

Uma das atividades que mais se mostrou frequente durante o estágio foi a realização do registro de atividades, sendo este também uma ferramenta útil durante o processo de atendimentos junto aos usuários e familiares. Trata-se de prescrever os atendimentos, encaminhamentos e intervenções em uma ferramenta compartilhada pela equipe do Serviço Social através do computador por meio de uma ferramenta disponibilizada pelo hospital.

Nestes registros deveria ser contemplado as informações colhidas pelos usuários e familiares durante o acolhimento, entrevista social e processo de acompanhamento durante a internação. Este processo é importante pois disponibiliza que toda a equipe do Serviço Social possa ler o relato de determinado usuário como uma forma de acompanhar e recordar os encaminhamentos realizados e informações essenciais dos usuários e familiares, desde dia da internação, contatos telefônicos caso necessário, rede de apoio, e outros.

Cabe destacar que estes registros devem ser escritos de forma clara e objetiva, apresentando um breve resumo da situação dos usuários e familiares, como também está articulado ao sentido de que muitos usuários acabam sendo transferidos para outras unidades do hospital no período de internação, assim, será atendido por outros profissionais do Serviço Social que continuará fazendo as intervenções já iniciada por outro profissional da equipe. Dessa forma o profissional só necessita ler os registros realizados pelo companheiro de equipe e entender a realidade social destes usuários e familiares para iniciar uma aproximação e continuar ou iniciar novos encaminhamentos caso necessário.

Ainda referente aos registros de atividades, eles são disponibilizados para a equipe multiprofissional no prontuário do paciente no qual se encontra todas as atividades realizadas junto aos usuários de cada profissional da equipe multiprofissional, neste sentido, é possível observar os encaminhamentos realizados pelos profissionais do Serviço Social, sendo uma

forma também de apresentar nestes registros as demandas e respostas trazidas pelo Serviço Social nos atendimentos aos usuários e seus familiares.

O primeiro contato estabelecido com os usuários e familiares é no momento do acolhimento e entrevista social. A utilização destas ações, no fazer profissional, proporciona aos poucos a busca compreensãoda realidade de vida e social que se encontram os usuários e familiares, também nestes espaços que são trazidasou identificadas as demandas e compreensões sociais que emergem sobre os sujeitos.

Sobre o acolhimento como estratégia de intervenção profissional no Serviço Social junto aos atendimentos Chupel e Miotto (2010, p.37) destacam:

Pode-se dizer que, para o Serviço Social, o acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais. Ele congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. Objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção. É o momento de aproximação com o usuário, que demanda exigências quanto ao conhecimento, desde a utilização da entrevista até dos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos da profissão, bem como das normativas do campo da saúde e da rede de proteção social, a fim de melhor atender as necessidades do usuário de forma resolutiva e com vistas ao cumprimento do princípio da integralidade.

Neste sentido, o acolhimento busca proporcionar a qualificação dos atendimentos e colaborar no processo de intervenção profissional, se atribui como mecanismo de aproximação junto aos usuários e familiares proporcionando estabelecer um vínculo de confiança junto aos mesmos.

Cabe ressaltar que neste mesmo processo de aproximação que o profissional buscaconhecer melhor a realidade dos usuários e familiares, que ocorre a entrevista social, sendo este instrumento técnico operativo da profissão, que contribui diretamente no objetivo da profissão, que é uma ação interventiva na vida dos usuários. Sobre a importância da entrevista social nos atendimentos realizados pela/o assistente social ressalta-se

A entrevista se configura como uma mediação necessária ao processo de conhecimento e intervenção profissional. Dependendo das finalidades e peculiaridades dos diferentes espaços sócio ocupacionais do Serviço Social, este instrumental pode ser utilizado com objetivos específicos. De uma forma geral a entrevista tem dois objetivos principais: conhecer a realidade dos usuários e prestar informações sobre as situações demandadas por esses, além de fazer encaminhamentos e orientações com vistas a garantias de seus direitos fundamentais(CLEIDE e COSTA, 2016, p. 85).

Na entrevista com os usuários e familiares que o profissional busca conhecer a realidade e contexto em que vive o usuário e sua família para uma melhor compreensão da

realidade social do usuário. Nesse sentido, a/o assistente social numa conversa inicial com o usuário/família esclarece o objetivo da entrevista e pergunta questões como: constituição familiar, local e condições de moradia, relação com trabalho e renda familiar, cuidados gerais de saúde, tratamento anteriores e uso de medicamentos/insumos para cuidados de saúde, atendimentos na política de Assistência Social, rede de apoio familiar e comunitária, pessoas de referências. Tendo assim, um olhar mais amplo sobre as condições de vida do usuário e sua família, podendo analisar e buscar estratégias que possam proporcionar condicionalidades para o paciente e familiar compreender e ter acesso aos seus direitos (ABREU et.al, 2016).

As entrevistas muitas vezes trouxeram questões que os próprios usuários e familiares desconheciam em torno de direitos, acesso a serviços sociais e principalmente os serviços que contemplam a Assistência Social, como o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) no qual desconheciam a existência e a sua utilidade. Assim, nós da equipe de Serviço Social explicávamos o serviço como também ocorreu muitas vezes de encaminharmos para atendimento nestes serviços na busca de qualificar a vida destes usuários e familiares pós alta hospitalar e social.

A intervenção profissional no hospital ocorre a partir do reconhecimento das demandas trazidas pelos usuários através do acolhimento e da entrevista social, visando exercer a possibilidade de estimular a realização de vínculo entre os sujeitos e o profissional do serviço social.

Com relação ao reconhecimento das demandas e suas implicações no fazer profissional da/o assistente social Bezerra e Araújo (2006, p.206) afirmam que:

[...] a população que prioritariamente demanda as ações do serviço social interfere de maneira incisiva nas demandas colocadas para o fazer do assistente social, uma vez que ele se constitui, substancialmente, dessa população excluída do modelo de desenvolvimento colocado para a sociedade brasileira e que faz parte das estatísticas das doenças oriundas da fome, da miséria, da falta de teto, da falta de água potável e saneamento básico, da falta de trabalho e de renda, da violência, enfim, da inexistência de condições aceitáveis de vida. São essas pessoas, com as mais variadas demandas, que acorrem ao Sistema Único de Saúde em busca de respostas às suas necessidades e que iniciam ou terminam sua caminhada na sala do serviço social.

No HU/UFSC as demandas reconhecidas e trazidas pelos usuários abrangem diversas políticas públicas, e formas de encaminhamentos aos serviços o que implica da/o profissional o entendimento sobre o acesso aos serviços. As principais demandas no cotidiano de atendimentos realizados na CMI e UTI são:

- Orientações previdenciárias, principalmente os encaminhamentos para o auxílio doença⁶;
- Agendamento do auxílio-doença via internet, entendendo que muitos familiares estão fragilizados ou não residem na cidade para ir até a agência do INSS agendar;
- Encaminhamento para a rede de serviços via documento, ligação, e-mail, parecer social (CRAS, CREAS, postos de saúde do bairro para instrução de encaminhamentos de consultas, e outros);
- Encaminhamento para casa de apoio referência para Associação Amigos do HU que em parceria com o HU/UFSC recebe os acompanhantes de usuários internados na UTI que vem de outras cidades;
- Tratar da alta social com o paciente, familiar e equipe médica, intermediando a acessibilidade e as condições do paciente para seu retorno;
- Tratar com os usuários internados de alta hospitalar sem ter alguém para ir buscá-los (pacientes sem rede de apoio social ou fragilidade);
- Tratar com os usuários internados sobre a ausência de acompanhantes e visitas;
- Orientações sobre solicitação de medicamentos via Defensoria Pública;
- Orientações sobre benefícios eventuais (auxílio funeral, cesta básica).

Cabe aqui destacar que o profissional procura atender estas demandas com muita ética e respeitando sempre a autonomia dos usuários prestando seus atendimentos com qualidade e compromisso, muito embora algumas vezes a prática profissional seja imediatista com caráter paliativo, isto devido à demanda ser muito grande e os usuários necessitarem de respostas rápidas, e ainda por ser um setor rotativo de usuários, pois estes vêm e vão embora rápido, além de muitos serem de outros Estados, e também por usuários que ficam pouco dias internados no HU/UFSC.

Os atendimentos além de terem sido realizados na CMI e UTI em dois dias na semana (quarta-feira e sexta-feira) ficávamos responsáveis pelo Plantão, que como já citado anteriormente são os atendimentos espontâneos que chegam até o setor de Serviço Social tanto pelos usuários e familiares como pelos demais profissionais do HU/UFSC.

Os plantões traziam demandas de caráter emergencial como também demandas que necessitavam de um olhar mais atento do profissional. Geralmente as questões de orientação

⁶O auxílio-doença é um benefício por incapacidade devido ao segurado do INSS acometido por uma doença ou acidente que o torne temporariamente incapaz para o trabalho.

de óbito e procedimentos para liberação do corpo realizadas pelos profissionais do Serviço Social, demanda esta que durante o plantão era bastante frequente.

Outro apontamento que durante os plantões era constante e sempre gerava grande mobilização nos atendimentos era a questão de transporte para pacientes com doença renal crônica⁷ que realizam sessões de hemodiálise⁸ no HU/UFSC. Estas sessões ocorrem para quase todos os pacientes três vezes por semana. Os pacientes que possuem doença crônica tem o direito garantido de transporte pela Secretária de Saúde do seu município para as sessões nos hospitais, dessa forma cabe aos municípios disponibilizarem os meios de transporte e verificar os horários para que os pacientes realizem hemodiálise.

Porém, alguns municípios não possuem articulação com os pacientes e com a equipe de Hemodiálise do HU/UFSC que acabavam transferindo a responsabilidade de contatar os responsáveis pelo transporte dos municípios e requerer uma explicação para a não vinda do paciente a sessão, no agendamento de horário das próximas sessões e até mesmo de pacientes que eles levavam para as sessões, porém, não iam buscar para o retorno pra casa, o que gerava transtornos principalmente pro paciente que não tinha como ir até ao HU/UFSC ou retornar pra casa. Nestes casos em que o município não ia buscar os pacientes o próprio setor do Serviço Social disponibilizava o dinheiro para que o paciente retornasse pra casa.

Cabe ressaltar que a solicitação de transportes junto aos municípios para hemodiálise não é tarefa do profissional do Serviço Social no HU/UFSC, todavia, para muitos profissionais atuantes no setor de Hemodiálise tem o profissional do Serviço Social como referência aos encaminhamentos referente a transporte de pacientes.

Ainda referente aos pacientes de Hemodiálise, até o encerramento do estágio o setor de Hemodiálise estava sem profissional de referência do Serviço Social, pois estava em processo de reformas, assim, para resolver as questões em torno dos transportes aos pacientes foi acordado entre a equipe do Serviço Social que assim que a sala retomasse um novo profissional iria ser responsável pelos atendimentos, destacando em uma futura reunião com os profissionais de Hemodiálise que as responsabilidades pelo transporte dos pacientes não cabe ao Serviço Social por se tratar de um planejamento da própria equipe devido que as informações de horários e idas dos pacientes ao HU/UFSC estar centralizado na sua própria equipe sendo eles os mediadores entre os municípios e pacientes.

⁷[...]consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina).Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica -IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente (ROMÃO JUNIOR, p.1, 2004).

⁸O tratamento dialítico pode ser realizado por diálise peritoneal ou hemodiálise [...]o a hemodiálise consiste em um processo de filtração dos líquidos extracorporais do sangue, através de uma máquina que substitui as funções renais. (MACHADO e PINHATI, p.1, 2004).

O trabalho em equipe multiprofissional realizado no HU/UFSC busca qualificar os atendimentos junto aos usuários e familiares, porém, muitas vezes encontra dificuldades para seu fortalecimento, haja vista que durante os atendimentos e acompanhamento ocorrem desencontros de olhares dos profissionais sobre a situação dos usuários e seus familiares.

Se tratando da importância do trabalho multiprofissional cabe destacar a importante articulação presente entre Serviço Social e Psicologia no atendimento aos usuários e familiares da CMI. Em torno de duas vezes por mês são realizadas reuniões com a psicologia com a presença de profissionais, presenciei todas elas durante o período de estágio e todos estes encontros eram discutidos sobre a situação tanto psicológica e social que se encontravam os usuários e familiares e de que forma poderia promover a qualificação nos atendimentos a estes, até porque muitas vezes ao conversarmos com os usuários e familiares no leito eles traziam questões emocionais que não poderiam ser respondidas pela equipe do Serviço Social, como também diversas inquietações eram trazidas para psicologia que cabia ao Serviço Social responder por elas, assim, as reuniões realizadas junto a equipe de Psicologia eram importantes para muitas vezes realizarmos novas formas de abordagem com os usuários e familiares para reconhecer questões que não foram trazidas em nossas conversas mas que mencionaram com a Psicologia, restabelecendo assim, mecanismo de auxílio para qualificar os atendimentos realizados pela equipe do Serviço Social.

Ainda se tratando do trabalho multiprofissional, é necessário que se compreenda que o trabalho do Assistente Social na equipe multiprofissional não está pautado em orientações previdenciárias que é o que muitos profissionais do próprio HU/UFSC entendem sobre o Serviço Social no hospital. Em muitos atendimentos realizados durante o estágio os próprios médicos acionavam o profissional do Serviço Social pedindo para agilizarmos o processo de alta social para desocupar leitos e que o usuário está “gastando o dinheiro do Estado” já que tem condições de alta

Este olhar raso para o papel do profissional do Serviço Social na equipe multiprofissional dificultou o trabalho do Assistente Social que por diversas vezes no processo de atendimentos precisou esclarecer à equipe que a recuperação do usuário não está explícita somente na sua alta hospitalar, mas também na compreensão de entender que o retorno dos usuários ao convívio familiar e social engloba o acesso a serviços, o entendimento por parte dos familiares para que possam se adequar e receber o familiar em condições mínimas para sua recuperação em casa, e outros.

Neste sentido, durante o estágio no HU/UFSC diversas questões foram trazidas para a equipe multiprofissional e até a direção do hospital em reuniões em que o profissional do

Serviço Social buscou destacar a importância de atender as necessidades destes usuários e familiares e suas singularidades, desde o acesso a unidade básica de saúde no seu retorno a comunidade e com acompanhamento se necessário de profissionais da saúde, acesso a residência identificando se o lugar tem condições mínimas para receber o usuário no seu período de recuperação em casa para sua locomoção caso necessário, se a família tem condições de receber o familiar em casa ou pagar uma pessoa responsável para os cuidados, se o usuário tem local para ir pós alta já que muitas vezes os mesmos são independentes e não contam com rede apoio, acesso a medicamentos via SUS caso necessário, e outras questões que são fundamentais para que o usuário possa retornar a comunidade..

Observando estes apontamentos é possível perceber que o Serviço Social no HU/UFSC está sempre em constante esforço para reconhecer a importância de enxergar o adoecimento não somente como fator biológico, mas que tanto o surgimento da doença e seu processo de recuperação dependem da intenção de compreender o usuário como um sujeito que tem consigo necessidades de saúde e sociais a serem atendidas e que se realizadas de forma multiprofissional e interdisciplinar além de qualificar as condições de recuperação do usuário, também podem contribuir para que o mesmo não venha a ter internações recorrentes.

Por outro lado, o trabalho do Assistente Social no HU/UFSC requer em grande parte dos atendimentos o encaminhamento à rede socioassistencial⁹ haja vista que as demandas e necessidades do usuário e seus familiares não podem ser respondidas pela equipe de profissionais da instituição e assim, se faz necessário os encaminhamentos para redes de serviços e de proteção específicas que atendam as demandas e necessidades contribuindo na agilidade e acesso as políticas públicas.

Acionar uma rede consiste deste modo, em criar um processo comum de comunicação para todos os que estão envolvidos no problema e possuem um objetivo comum. A efetivação da rede implica na comunicação estruturada e ainda na estratégia viável e eficaz para articulação, intervenção e gestão dos processos. (Neves, 2009 p.152)

Nesta perspectiva, o reconhecimento da demanda e a percepção de que é necessário um atendimento diferenciado se faz importante o encaminhamento via a rede, deste modo é essencial que o profissional conheça todos os serviços que envolvem em torno das demandas e necessidades das redes solicitadas, além de questões subjetivas como os horários de funcionamento ao público, os objetivos da rede, equipe profissional e atividades desenvolvidas nas instituições acionadas para a efetivação de um encaminhamento correto. O

⁹No plano das políticas públicas, mais especificamente na política de assistência social, a rede socioassistencial constitui-se de ação articulada e integrada entre as diversas organizações governamentais e não governamentais que atuam nas políticas sociais. Só existe a rede na medida em que ela integra e articula diferentes ações.

trabalho em rede é fundamental tendo em vista que os usuários atendidos como em todo hospital, apresentam além de necessidades de saúde outras demandas nas diferentes políticas que podem ser mobilizadas e atendidas no seu próprio território.

Os encaminhamentos realizados via rede socioassistencial pela equipe trouxe diversas indagações que durante o estágio aos poucos fui tentando compreender, digo isto porque ao encaminarmos o usuário e familiares para os serviços estávamos transferindo a responsabilidade de responder pelas demandas à outros serviços, o que me preocupava pois não tinha certeza se as demandas seriam atendidas e respondias conforme nossos encaminhamentos, devido a burocratização do acesso aos serviços e políticas sociais.

Neste sentido, muitas vezes a intervenção foi barrada pela burocratização ao acesso as políticas sociais. Neste momento o profissional precisou se mostrar firme e afirmar o que estava sendo pedido não é nada mais além do que direitos do usuário. O que faz com que o profissional reconheça as políticas e suas formas de acesso para os devidos encaminhamentos. Muitas vezes gerou conflitos com a rede, porém, se fez presente o papel de garantir os direitos.

Ainda se tratando do encaminhamento via rede, outra questão que sempre acabei questionando é a compreensão de que estes mesmos usuários que encaminhamos aos serviços e estão em processo de recuperação no HU/UFSC após sua alta hospitalar não teríamos também a dimensão de que se o mesmo teve o acesso aos serviços, pois enquanto está internado a equipe de Serviço Social se mantém articulada com o usuário, familiares e rede para acompanhar, porém, já com a alta a equipe do hospital não tem mais responsabilidade pelos usuários, e assim, acabamos não tendo um acompanhamento junto a esses usuários.

Cabe destacar que em casos extremos a equipe de Serviço Social do hospital entrava em contato com o usuário e familiares pós alta hospitalar para verificar como estava ocorrendo os encaminhamentos iniciados pela equipe no hospital. Reafirmando, que estes processos são raros, sobretudo porque são muitos atendimentos realizados no HU/UFSC pela equipe de Serviço Social já que as unidades estão sempre recebendo novos usuários e familiar o que demanda do profissional estar focado nos atendimentos de suas respectivas unidades.

No decorrer dos quase nove meses como estagiária no HU/UFSC vivenciei uma realidade muito diferente do que eu esperava da atuação do Serviço Social em contexto hospitalar, haja vista que mesmo como estudante e prestes a me formar não compreendia com clareza a atuação do profissional no espaço da saúde. Além de ser um espaço que me permitiu vivenciar e me qualificar para prática profissional do Assistente Social me colocou frente a frente com as potências e problematizações da realidade profissional.

Retratando de forma mais prática, o HU/UFSC proporcionou o exercício da prática profissional, tendo o contato direto com os usuários através dos atendimentos, reconhecer as demandas, entender sobre os serviços socioassistências para realizar os devidos encaminhamentos, estabelecer uma relação com o usuário para desenvolver um vínculo, saber realizar as devidas perguntas no processo da entrevista social para compreender a realidade do usuário.

Para, além disso, o espaço proporcionou enxergar questões que ao longo do período de estágio se fizeram presentes durante o processo de aprendizagem e que cabe compartilhar como forma de apresentar as inquietações e reflexões reconhecidas através do estágio no HU/UFSC.

Primeiramente, destaca-se como a principal dificuldade encontrada para a realização dos atendimentos junto aos usuários e familiares no início do estágio foi lidar com as questões em torno do sofrimento que se encontravam muitas vezes os usuários e familiares durante a internação, exigindo ao mesmo tempo um olhar respeitoso pelo momento e de apoio a estas famílias, mas ao mesmo tempo evitando um envolvimento emocional que pudesse interferir nas intervenções.

O processo de acolhimento e atendimento aos usuários e familiares em alguns momentos o supervisor de campo propôs a alternativa de conduzir os acolhimento e as mediações para a intervenção profissional. Estes momentos eram marcados pelo nervosismo, por estar pondo em prática a ação profissional desenvolvida pelos profissionais da equipe do Serviço Social e principalmente por realizar efetivamente um atendimento junto aos usuários e familiares e desta forma utilizar as mediações necessárias para o reconhecimento das demandas e efetivar a intervenção através dos encaminhamentos necessários. Ressaltando, que durante todos estes atendimentos o supervisor de campo esteve presente analisando e auxiliando nas mediações junto aos usuários e familiares.

Durante o estágio os acompanhamentos foram mediados pelo supervisor de campo, porém, muitas vezes os atendimentos e encaminhamentos junto aos usuários foram realizados com as profissionais residentes da equipe de Serviço Social da CMI e UTI. Estes atendimentos sempre foram muito ricos, pois tanto as residentes e eu como estagiária podemos juntas realizar atendimentos em que nos vimos como profissionais em processo de descobertas, haja vista que a cada usuário e familiar atendido nos leitos nos apresentava realidades e demandas diferentes o que nos exigia estarmos atentas aos devidos encaminhamentos a serem realizados, pois estávamos respondendo pela equipe de Serviço

Social do HU/UFSC e compreendendo também que a residência é um processo de aprendizagem e qualificação profissional.

Os atendimentos e processo de intervenção profissional junto aos usuários e familiares em alguns momentos encontrou-se barreiras, sobretudo porque se negavam a serem atendidos pela equipe de Serviço Social as vezes por motivos acreditarem não terem demandas que pudessem ser respondidas pela equipe e também por questões pessoais e culturais principalmente de cunho religioso em que o usuário e familiares se fortaleciam em sua fé e compreendiam a mesma como forma de resolver as questões emergentes referente a doença e situação social em que se encontravam. Dessa forma, buscava-se visitar estes usuários e familiares e articular junto à equipe multiprofissional estratégias que pudessem gerar aos poucos uma aproximação, como também, fazer com que estes usuários e familiares possam compreender o trabalho profissional do Assistente Social no HU/UFSC.

As intervenções de cunho emergenciais realizadas durante os atendimentos também se mostraram bastante recorrentes e exigiu do profissional comprometimento em atender demandas. O acesso a auxílios eventuais como o de cesta básica se apresentou muitas vezes como forma do usuário e familiares retornarem para casa, já que em muitos casos os mesmos estavam desempregados e sem renda.

O atendimento a usuários sem rede de apoio sempre foram atendimentos delicados, haja vista que os familiares não têm obrigação de realizar visitas como também acompanhar o usuário no processo de internação. Porém, cabe ao profissional de Serviço Social compreender que estes vínculos rompidos trazem consigo questões pessoais, emocionais e de vida destes usuários e familiares que se encontram distantes, cabendo ao profissional buscar mediações que não se tornem invasivas. Por outro lado, a equipe gerava esforços de contatar algum familiar ou pessoa próxima para tentar uma aproximação e estar próximo ao usuário e articular o processo de alta hospitalar do mesmo.

É importante salientar que durante todos os atendimentos realizados junto aos usuários e familiares as particularidades e individualidades são respeitadas, entendendo que o processo de internação tanto para o paciente como para quem acompanha não é um processo fácil e muitas vezes gera reações diversas, sejam elas de aceitação ao processo de recuperação como de negação à doença dificultando ainda mais o processo de recuperação e tratamento.

Neste sentido, o Assistente Social no HU tem como papel principal o de articular instrumentos (entrevistas, escuta, acolhimento, encaminhamentos, contatos institucionais, articulações com entidades) para contribuir ao acesso aos serviços, direitos sociais e cidadania dos usuários, mecanismos estes influenciadores no processo de saúde e doença.

Assim, o período de estágio foi essencial primeiramente para ter o reconhecimento da ação profissional do assistente social, como também o contato direto com os usuários, se faz fundamental para compreender as realidades de cada usuário e reconhecimento de demandas que são as condicionalizantes para a intervenção do Serviço Social. Outro ponto é o quanto o serviço social no campo da saúde tem sua relevância, haja vista que atuação do profissional através das orientações e encaminhamentos modificam e qualificam alguns aspectos de vida dos usuários e seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho de conclusão de curso teve como objetivos apresentar o trabalho profissional da/a Assistente Social em contexto hospitalar, através da experiência de estágio no HU/UFSC, discutindo as principais atividades realizadas junto aos usuários da CMI e UTI, demonstrando o exercício profissional da/o assistentes sociais em contexto hospitalar.

A saúde como direito universal e dever do Estado foi conquistado por um intenso processo de lutas sociais juntamente com o movimento da reforma sanitária que foram de extrema importância para a implementação do SUS. Entende-se que apesar do Estado ser o principal agente de oferta de serviços, a saúde no país vem passando por movimentos intensos de privatização dos serviços, o que reflete diretamente no acesso aos serviços em saúde e direitos sociais.

O projeto privatista minimiza a atuação do Estado junto ao acesso às políticas de saúde, pautando os atendimentos em caráter focalista e individual sem contemplar o sujeito e suas particularidades, caminhando no sentido contrário do projeto de Reforma Sanitária que tem como princípio o atendimento integral, o acesso aos serviços de saúde de forma a promover a promoção, prevenção e recuperação dos sujeitos, cabe assim, aos Assistentes Sociais e profissionais de saúde o empenho de fortalecer o movimento de lutas em torno do direito à saúde pública e de qualidade no SUS.

É neste cenário que o Serviço Social se insere no campo da saúde o que exige do profissional um olhar ampliado aos atendimentos realizados com os usuários, colocando o mesmo como centro de sua intervenção. O profissional de Serviço Social deve ultrapassar o viés de ações executivas e rotineiras e transpor sua ação para uma dimensão socioeducativa seguindo os vieses do projeto ético político do Serviço Social, cabendo aos profissionais ultrapassarem os limites institucionais e ações funcionalistas e contemplar aos usuários atendidos o acesso às políticas e a garantia de direitos sociais.

É nesta perspectiva de garantir direitos que a/o Assistente Social se insere na equipe multiprofissional no contexto hospitalar, entendendo que sua atuação condiciona e qualifica a recuperação do usuário, promovendo na intervenção estratégias para a resolutividade das questões que englobam o usuário durante a sua internação.

No decorrer do estágio no HU/UFSC a vivência com a equipe multiprofissional foi possível perceber a relevância do trabalho profissional do Assistente Social, que para além das orientações e encaminhamentos de demandas, sendo que este atua de forma a intermediar conflitos, usa de articulação, intervenção, estratégias e criatividade para trabalhar em uma perspectiva de mudança gradual dos envolvidos no processo de internação no HU/UFSC que qualifique sua vida e seu meio pós alta hospitalar com o acesso aos serviços e direitos sociais.

Dessa forma, destaca-se a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar junto aos atendimentos realizados no contexto hospitalar, entendendo que a articulação de profissionais condiciona um olhar amplo para a realidade e recuperação do usuário, promovendo assim a integralidade nos atendimentos.

Neste sentido, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional se faz indispensável, pois o trabalho em equipe proporciona um atendimento mais comprometido, crítico e investigativo da realidade apresentada, ou seja, a articulação de saberes entre os profissionais proporciona um atendimento qualificado e que atinja de fato integralmente o sujeito, buscando reconhecê-lo em sua totalidade contribuindo para o entendimento e influências que estas questões trazem na vida do usuário, para além do seu adoecimento.

Cabe ressaltar que o trabalho em saúde requer a qualificação profissional, haja vista que a intervenção profissional da/o Assistente Social no contexto hospitalar atende usuários e familiares que demandam atendimentos ao qual a/o profissional saiba interpretar e fazer as devidas intervenções e encaminhamentos, dessa forma, requer um olhar ampliado sobre as políticas sociais e serviços que respondam a demanda do usuário. A qualificação profissional em si proporciona o aprimoramento e qualifica a intervenção junto aos usuários e familiares, entendendo que o trabalho em saúde mais precisamente no contexto hospitalar se reinventa em cada usuário que é acolhido e atendido pela equipe profissional, pois cada usuário tem suas particularidades em torno do seu contexto e realidade social.

Diante do trabalho apresentado podemos destacar alguns desafios que se encontra no atendimento aos usuários no contexto hospitalar, evidenciados durante o período de estágio no HU/UFSC. Percebeu-se o quanto a/o profissional além de buscar estabelecer um vínculo entre os usuários e familiares, deve pautar em sua intervenção o compromisso com a relação de humanização, entendendo que no contexto hospitalar é mais significativa a vulnerabilidade dos sujeitos no acesso aos serviços de saúde, sendo que a fragilização emocional encontra-se mais evidenciada, assim, o profissional lida com os valores humanos e as suas diversas formas de demonstração.

Outro apontamento é a questão do trabalho em rede, que é muito utilizado para encaminhar o usuário e familiares aos serviços de proteção social, no qual muitas vezes o usuário teve dificuldades de encaminhamento e acesso aos direitos devido a burocratização que envolve as entidades responsáveis pelo serviço, o que demanda da/o profissional um posicionamento congruente buscando atender o direito do usuário mesmo pós alta hospitalar, ao qual o usuário possa iniciar ou regatar o acesso aos serviços e seus direitos.

A atual gestão HU/UFSC também implica em novas reflexões para o trabalho da/o Assistente Social junto aos usuários, entendendo que a EBSEH como empresa privada tem em suas implicações os atendimentos voltados ao caráter minimalista e de cunho quantitativo por querer apresentar resultados e não compreender o usuário em sua integralidade. A EBSEH afeta os princípios do SUS, a universalidade do acesso aos serviços pela população, equidade e integralidade das ações de saúde, resolutividade e participação social, desse modo, comprometem a efetivação do sistema e o direito à saúde pública e de qualidade.

Cabe assim, ressaltar a importância da mobilização profissional da/o Assistente Social junto aos movimentos participativos e de luta social em defesa do SUS como uma política de acesso universal e de qualidade, se manifestando aos interesses da população e do projeto de Reforma Sanitária que abrange o acesso aos serviços de saúde e o atendimento integral ao sujeito.

A construção deste trabalho possibilitou compreender a atuação do Serviço Social junto aos serviços de saúde e inserção da/o profissional no contexto hospitalar juntamente com a experiência de estágio no HU/UFSC na CMI e UTI o que implicou na percepção sobre a atuação da/o assistente social junto aos usuários e familiares, tendo seus atendimentos pautados para além de meros acolhimentos, mas sim, a percepção de apresentar ao usuário os seus direitos e acesso aos serviços, através de suas intervenções. Contribui também para a reflexão da/o profissional de Serviço Social como mediador no processo de saúde/doença no período de internação dos usuários, tendo a/o profissional em seus atendimentos no HU/UFSC buscado obter uma relação com os usuários e familiares, possibilitando assim o reconhecimento e entendimento da intervenção profissional por parte dos usuários e familiares, como também proporcionar o fortalecimento aos demais profissionais da equipe multiprofissional sobre a importância da intervenção do Serviço Social no contexto hospitalar.

Assim, para finalizar destaca-se que o trabalho buscou elucidar o Serviço Social na equipe de saúde, problematizando o Serviço Social no contexto hospitalar, porém, reafirma-se aqui a importância de explanar o debate do Serviço Social no contexto hospitalar em espaços de discussão acadêmica, haja vista que a saúde é um dos espaços que mais engloba a

participação de profissionais, cabendo assim a importância de discutir sobre o Serviço Social na saúde e no contexto hospitalar, compreendendo também que como hospital escola que possibilita inserção de acadêmicos do Serviço Social para realização do estágio obrigatório torna-se ainda mais importante a discussão, haja vista que possibilita ao acadêmico relacionar-se e se interessar pela temática do Serviço Social no contexto hospitalar.

REFERENCIAS

ABREU, Deidvidet al. **Atuação do Serviço Social em Unidade de Terapia Intensiva: compartilhando a experiência do HU – UFSC**. Congresso Brasileiro de Assistência Social. 2016.

ARAÚJO, Maria Arlete Duarte; BEZERRA, Suely Oliveira de. **As(re)configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde**. RAP Rio de Janeiro 41(2):187-209, Mar./Abr.2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v41n2/02.pdf>> acessado dia 18 de outubro de 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Art. (196-200). Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 20 ago. 2016.

_____.Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília, 1987

_____.Ministério da saúde. Departamento nacional de auditoria do SUS, Coordenação de sistemas de informação, Sistema único de saúde. **Portaria Nº 2.225 de 5 de Dezembro de 2002**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Gabinete do Ministério, Brasília, DF, 6 dez. 2002 Seção 1, p. 37.

_____.Ministério da Saúde. **Humaniza SUS- Política Nacional de Humanização - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. 2004. Disponível em :<<http://adcon.rm.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000125646.PDF>> . Acesso em: 23 set. 2016.

_____.Ministério da Saúde. **Série Pactos Pela Vida**. Brasília, 2006^a. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

_____.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção as Urgências**, 2006b. Disponível em <http://187.17.2.102/fhs/media/files/samu/politica_nacional_de_atencao_as_urgencias.pdf> acesso 23 out. 2016.

_____.Ministério da Saúde. **Anais da 13º Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, 2007a.Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf>. Acesso em 2 out. 2016

_____.Ministério da Saúde. **Coleção de Assistência de Média e Alta Complexidade**. Brasília, 2007b. Disponível em <http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/887/1/assistencia_media_alta_complexidade_sus_2007.pdf> . Acesso em: 12 set. 2016.

_____.Ministério da Saúde. **Projetos de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS**. Brasília, 2012

_____.Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília. Disponível em <<http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/PORTARIA-N%C2%BA-3.390-Politica-Nacional-Hospitalar.pdf>> Acessado em: 14 nov de 2016.

_____.Ministério da Saúde. Manual PNHAIH. 2016. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_pnhaih.pdf> Acesso em: 16 out. 2016

_____.**Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta A Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990, Para Dispor Sobre A Organização do Sistema Único de Saúde - Sus, O Planejamento da Saúde, A Assistência à Saúde e A Articulação Interfederativa, e Dá Outras Providências. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 ago. 2016

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas Profissionais. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Murilo Castro de. et al.**Saúde e Serviço Social**. 2ª.Ed. São Paulo: Cortez, 2006 Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Murilo Castro de. et al. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o Debate. In: Serviço Social e Saúde. BRAVO, Maria Inês Souza 5ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012. 288 p.

BRAVO, Maria Inês Souza, MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde no governo Lula e Dilma: algumas reflexões. **Cadernos de Saúde**. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. 1ª Ed, p. 43-49 Rio de Janeiro: UERJ/ Rede Sirius, 2011. Disponível em: <<http://fopspr.wordpress.com/2008/08/16/texto-sobre-fundacoes-estatais-de-direito-privado-fedp/>>. acesso em: 20 nov. de 2016.

CARVALHO, Maria Inês Lopes Bogalho. Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar. **Intervenção Social**, [S.l.], n. 28, p. 29-55, jan. 2003. Disponível em <<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1062/1183>>. Acesso em: 11 set. 2016

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <www.cfess.org.br> acesso em 16 set. 2016.

_____. **Código de Ética do/a assistente social Lei 8662/93 de regulamentação da profissão.** Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> acessado em: 15 nov. 2016.

_____. **RESOLUÇÃO CFESS Nº 557/2009 de 15 de setembro de 2009.** Ementa: Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. 2009. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Acolhimento e Serviço Social: Contribuição para a discussão das ações profissionais.** Campinas: Revista Serviço Social & Saúde, 2010. 37-59 p.

ESCOREL, S. et al. **O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Revista Panam Salud Publican/Pan Am J Public Health, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, mar. 2007.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 212 p.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional.** 6 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FERREIRA, Magda Suzana Silva da; LUNARDI, Laura Santos dos. **Estratégias do Serviço Social para atenuar o sofrimento e tornar a ajuda ao paciente mais humana.** Bioética. 2006 14 (1): 61-67. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/7/10>. Acesso em 1 nov. 2016.

FERREIRA, Ricardo Correa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1421-1428, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a15v14s1.pdf>>. Acesso em 13 de out. 2016.

FOCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense Editora. 1976.

GONZE, Gabriela Guerra. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas.** 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

GUEDES, Heloisa Helena Silva da; CASTRO, Marina Monteiro Castro de. **Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde.** Serviço Social em Revista. Londrina, V. 12, N.1, P. 4-26, Jul/Dez. 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 14 ed. São Paulo, Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela.; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**, 19 ed. São Paulo: Cortez , [Lima, Peru]: CELATS p. 2006.

KONDER, Mariana Teixeira. **Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro**. 2013. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

LAVORATII, Cleide; COSTA, Dorival (Org.) **Instrumentos técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário**. Ponta Grossa. Estúdio Texto. 2016. 261 p.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica**. Revista Intervenção social. 28, Lisboa, p. 9-18, 2003. Disponível em <<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1060/1181-%3E>>. Acesso em 23 de out. 2016

MACHADO, Gabriela Rocha Garcia; PINHATI, Fernanda Romanholi. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 26, p. 137-148, dez. 2014.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 107, jul./set. p. 479-505, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n107/07.pdf>>. Acesso em 1out. 2016

MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Júlio Cezar Françaorg. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJSV, 2008.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Mendes (Org). São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. 2008. p. 81. Disponível em <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf>. Acesso 22 out. 2016.

MENEZES, Debora Holanda Leite. **A política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais**. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, Maranhão, agosto de 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1009-1019, 2010, Rio de Janeiro, p. 621-626, mar. 2012.

NEVES, Marília Nogueira. Rede de Atendimento Social: Uma ação possível? Revista da Católica, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009.

NETO, Francisco CamposBraga et al. Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências. In: GIOVANELLA, Lígia et al.(org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 557-608.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social – **Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez Editora, 1992.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciano Dias; MACHADO, Cristina Vieira. O sistema de Saúde no SUS. In:GIOVANELLA, Lígia et al.(org.).**Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 435-472.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. (IM) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,1986.

OLIVEIRA, Marcia. **A importância da ação interdisciplinar no serviço de saúde**. BEPA - Boletim Epidemiológico Paulista - Publicação mensal sobre agravos da saúde pública. 2007. Disponível em <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v4n38/v4n38a05.pdf>>. Acesso em 12 set. 2016.

PACHECO, Marcos Antônio Barbosa org. **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Urgência e Emergência**. Universidade Federal do Maranhão - UFMA Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS.42 p. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. 356. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 356 p.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. **Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1009-1019, 2010, [S.l.], p. 1009-1019, set. 2010.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001

POSSA,Lisiane Bôer. **Políticas Públicas: Osefeitos no subsistemade provisão deserviços hospitalares do Sistema Único de Saúde**. 2013. 286 f. Tese (Doutorado) - Curso de Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em:<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69839/000874389.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 set. de 2016.

ROCHA, R..B . **Análise do Serviço Social no âmbito Hospitalar na UTI – Unidade De Terapia Intensiva**. Saúde em foco. Edição nº:08 , p. 45-53, 2016. Disponível em <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2016/005_serv_social_hospitalar.pdf> acesso em:3 ago. 2016.

ROMÃO JUNIOR, João Egidio. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s. L.], v. 3, n. 1, p.1-3, ago. 2014.

SANTOS, Andréia Cristina dos. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações.** 2009. 226 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gestão da Informação e Comunicação em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2372/1/ENSP_Dissertação_Santos_Andréia_Cristina.pdf>. Acesso em: 10 de set. de 2016.

SCLIAR, Moacir. História do conceito de saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.29-41, mar. 2007.

SILVA, Aluisio Gomes Junior, ALVES, Carla Almeida. Modelos tecnoassistenciais em saúde. O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo. Hucitec, 2006, 143p.

SILVA, Miriam Dolores Moresco. **O Serviço Social no Contexto Hospitalar. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar.** Desenvolvido pelo Estado de Santa Catarina. 1998. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/104502/O%20servi%c3%a7o%20social%20no%20contexto%20hospitalar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 6 de set. 2016.

Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. **Plano de Contenção de Disseminação de Bactérias Multirresistentes.** Unidade de Isolamento da Comissão de Controle Hospitalar e Serviço de Controle e Infecção Hospitalar. p. 1-30. 2015.

2015. Hospital Universitário Prof. DR. Polydoro Ernani de São Thiago. Disponível em <<http://www.hu.ufsc.br/setores/ccih/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/Plano-de-Conten%C3%A7%C3%A3o-de-Dissemina%C3%A7%C3%A3o-de-Bact%C3%A9rias-Multiresistentes-e-Unidade-deIsolamento.pdf>>. Acesso em: 13 de nov. 2016.

WIESE, Michelly Laurita. **A CATEGORIA SOCIAL NO ÂMBITO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU.** 2003. 289 f. Dissertação (Mestrado). Centro Sócio Econômico. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

