

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

ANA CARLA CAMPOS DE OLIVEIRA

**USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR E ABORDAGEM
PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE: DESAFIOS E
ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

CAMPINAS
2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

ANA CARLA CAMPOS DE OLIVEIRA

**USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR E ABORDAGEM
PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE: DESAFIOS E
ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Campinas como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Jeanete Liasch Martins de Sá.

PUC – CAMPINAS

2021

ANA CARLA CAMPOS DE OLIVEIRA

**USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR
E ABORDAGEM PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE:
DESAFIOS E ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade
Católica de Campinas como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jeanete Liach Martins de Sá

Membro 1: Prof.^a Dr.^a Carla da Silva

Membro 2: Prof.^a Dr.^a Vânia Maria Caio

Campinas, _____ de dezembro de 2021.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter me concedido o privilégio de estar concluindo a graduação, por ter sido minha companhia, meu apoio, melhor amigo, minha força e esperança nos momentos mais difíceis durante esses quatro anos.

À minha mãe, que mesmo sem saber, só pelo fato de existir, sempre foi minha força para continuar a lutar. Minha mãe que é minha inspiração e o motivo da minha batalha diária para sempre evoluir e tentar ser minha melhor versão.

À minha tia Conceição que é minha segunda mãe, me educou, me ensinou valores e princípios que sou muito grata e estes refletiram muito durante a minha jornada acadêmica.

Aos meus primos/tios os meus sinceros agradecimentos pelo apoio financeiro e emocional quando precisei. Estes que durante muitos anos têm me ajudado com disposição, amor e confiança.

À minha base que é minha família.

À Prof.^a Dr.^a Jeanete, pelo apoio, pelo carinho e pela paciência durante todos os anos e principalmente, durante a orientação deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo relatar estudos sobre o tema: Usuários em Situação de Alta Hospitalar e Abordagem Profissional na perspectiva da integralidade: Desafios do Assistente Social. O estudo se deu através de pesquisa bibliográfica e também de campo. Esta, foi pautada em entrevistas semiestruturadas, de natureza qualitativa, com Assistentes Sociais da área da Saúde, que exercem a profissão no âmbito hospitalar, trazendo questões referentes ao usuário do Serviço e os desafios de quem opera a Política de Assistência. O resultado reforça a importância de participação do Serviço Social, na equipe multidisciplinar, junto aos usuários/famílias, atuando diretamente com questões relacionadas à humanização, especialmente no que se refere ao momento da alta hospitalar.

Palavras-chave: Usuários. Alta hospitalar. Princípio da Integralidade. Assistência Social. Serviço Social.

ABSTRACT

This paper aims to report studies on the topic: Users in Hospital Discharge and Professional Approach from the perspective of comprehensiveness: Challenges of the Social Worker. The study was carried out through bibliographical and field research. This was based on semi-structured interviews, of a qualitative nature, with Social Workers in the Health area, who work in the hospital environment, bringing up questions regarding the Service user and the challenges of those who operate the Assistance Policy. The result reinforces the importance of Social Work participation, in the multidisciplinary team, with users/families, working directly with issues related to humanization, especially with regard to the moment of hospital discharge.

Key-words: User. Hospital discharge. Principle of Integrality. Social assistance. Social service.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 8 |
| 2- O SERVIÇO SOCIAL E O SUS NA REALIDADE HOSPITALAR. 9 | |
| 2.1. Considerações iniciais: Como/Quando surgiu o primeiro hospital 9 | |
| 2.2. Inserção do Serviço Social nos hospitais | 10 |
| 2.3. A Política Nacional atual de Promoção da Saúde..... | 16 |
| 2.4. O SUS e a perspectiva de Integralidade..... | 21 |
| 2.5. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS | 26 |
| 3. A PESQUISA | 29 |
| 3.1. Atuação do Assistente Social num hospital Universitário..... | 29 |
| 3.2. Questões trabalhadas pelos Assistentes Sociais dentro de um Hospital de Grande Porte..... | 31 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 39 |
| REFERÊNCIAS | 40 |

1- INTRODUÇÃO

Nosso Trabalho de Conclusão de Curso partiu da hipótese de que o Serviço Social, frente à situação de alta hospitalar é desafiado a encaminhamentos posteriores, para além da instituição, numa perspectiva de integralidade, atendendo às demandas e necessidades do usuário, enquanto sujeito de direitos e cidadão.

A pesquisa se deu através de entrevistas de natureza qualitativa, semiestruturadas, com Assistentes Sociais escolhidas de acordo com o interesse e disponibilidade de participação.

O cuidado integral dentro de um Hospital de Grande Porte é de suma importância. Durante a internação do usuário, é necessário um atendimento humanizado e integral para que, assim, possa ter uma alta hospitalar segura.

É importante ressaltar, que o planejamento da alta hospitalar é um procedimento rotineiro dos sistemas de saúde. Também, o objetivo do planejamento de alta é reduzir a duração da internação hospitalar, reduzir as reinternações não planejadas e melhorar a coordenação dos serviços após a alta hospitalar.

Portanto, para que a alta aconteça, é necessária uma avaliação profissional. O profissional do Serviço Social participa dessa avaliação. De acordo com o CFESS, a intervenção do Assistente Social frente a alta hospitalar é de orientação, de esclarecimento e de reflexão junto ao usuário e à equipe de saúde com relação às condições objetivas que estão impulsionando o retorno ou não para o domicílio.

Com isso, é visto a importância da orientação correta e os direitos durante a sua internação. Deste modo, o presente trabalho pauta sobre o direito do

usuário em situação de alta hospitalar, a integralidade e os desafios do profissional do Serviço Social diante da temática.

Sendo assim, o Capítulo I: aborda o Serviço Social e o SUS na realidade hospitalar, enfatizando a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SU e a perspectiva de integralidade.

O Capítulo II: aborda a Pesquisa com Assistentes Sociais. A pesquisa foi realizada através de entrevistas e análises descritivas

2- O SERVIÇO SOCIAL E O SUS NA REALIDADE HOSPITALAR

2.1. Considerações iniciais: como/quando surgiu o primeiro hospital.

Tendo em vista a importância dos hospitais para cuidados dos usuários que precisam de serviços de alta complexidade, como a alta hospitalar e outras diversas situações vivenciadas dentro deste, o surgimento do hospital é uma questão a ser abordada, para que assim, com clareza, possa ser iniciado o conteúdo deste trabalho de conclusão de curso.

A palavra hospital é de raiz latina e deriva de “Hospitalis”. Proveniente de *hospes* (hóspedes) – nessas casas que, futuramente, seriam os hospitais era comum receber peregrinos, pobres e enfermos. Hoje, a palavra hospital tem o mesmo sentido do grego *nosocomium*, que possui como significado tratar os enfermos. (POMPEO, 2019).

O hospital tem origem em época muito anterior à era cristã, porém não há dúvidas que sua existência foi impulsionada pelo cristianismo.

Os primeiros hospitais que se tem notícia foram construídos em 431 a.C., no Ceilão (atual Sri Lanka), no sul da Ásia. Dois séculos depois, o imperador Asoka criou, na Índia, instituições especiais para tratar doenças semelhantes aos hospitais de hoje. Já na Europa, sua introdução coube aos romanos, que, por

volta de 100 a.C., ergueram locais, chamados valetudinaria, para cuidar dos soldados feridos em batalha.

A partir do século IV, com o crescimento do cristianismo, que os hospitais se expandiram. Comandados por sacerdotes e religiosos, os monastérios passaram a servir de refúgio para viajantes e doentes pobres.

Esses lugares possuíam um infirmitorium (os gregos e romanos, por volta de 300 a. C., usavam templos religiosos como locais para recuperação de doentes. Com o cristianismo, cresceu o número de locais com essa finalidade. Os monastérios tinham espaço reservado para tratamento de doentes) onde os pacientes eram tratados, uma farmácia e um jardim com plantas medicinais. Foram eles que se tornaram modelo para os hospitais modernos. Na Idade Média, as ordens religiosas continuaram a liderar a criação de hospitais – calcula-se que só os beneditinos abriram mais de 2000.

Também, é importante ressaltar o surgimento do primeiro hospital no Brasil e que se faz referência nos dias de hoje, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Olinda, inaugurado em 1540 em conjunto com a Igreja de Nossa Senhora da Luz. Este hospital funcionou até 1630, quando a estrutura foi saqueada por holandeses e posteriormente incendiada. (POMPEO, 2019).

2.2. Inserção do Serviço Social nos hospitais

A importância do surgimento dos hospitais foi apresentada no item anterior, sendo agora necessário ressaltar também a importância da inserção do profissional do Serviço Social nestas organizações, uma vez que se trata de uma profissão de extrema relevância.

Para Mota (2007) no livro Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, nota-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços

para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

A partir dos anos 90, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, imprimiram novas características ao modelo de gestão e atenção e portanto, aos processos de trabalho, vindo a compor novas modalidades de cooperação, qualificadas por Nogueira (1991) “de cooperação horizontal e vertical”. Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos de universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, dentro as quais constam a demanda reprimida/ exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual. (MOTA, 2007, p. 311).

Dessa forma, pode-se dizer que o conjunto das mudanças ainda não avançou no sentido de efetivamente superar o modelo médico-hegemônico, uma vez que para tanto, o sistema de saúde deveria centrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população e articular ações intersetoriais com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação, assistência, previdência, acesso à terra etc.

É nesse contexto que emergem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições

do SUS e que também determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social.

De acordo com Bravo (2006) a inserção do Serviço Social na área da saúde inicia-se com a ação pioneira do Serviço Social no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, denominado Serviço Social Médico. Fazem parte da ação profissional neste campo, a racionalidade técnica e os novos conhecimentos do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, influenciados pelos assistentes sociais norte-americanos.

A partir de 1945, houve uma expansão do Serviço Social no Brasil influenciado pelo quadro mundial que acompanhava o fim da Segunda Guerra Mundial.

Bravo e Matos (2006), importantes interlocutores no que se refere às pesquisas, estudos e publicações sobre o tema Serviço Social e Saúde, apontam que na década de 1940 a ação profissional nesta área ampliou-se significativamente, e transformou-se na esfera que mais absorveu os assistentes sociais. Os autores atribuem tal expansão a fatores como: a adoção de um conceito ampliado de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 o qual requisitou a atuação de vários profissionais, inclusive de assistentes sociais, por haver-se dado enfoque ao trabalho em equipe multidisciplinar. Coube ao Serviço Social enfatizar “a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde”, e atuar em programas estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO e MATOS, 2006, p. 29).

Como dito anteriormente, a expansão da profissão ocorreu a partir dos anos de 1945, em razão da conjuntura que o país vivenciava, sobretudo pelas novas exigências impostas pelo capitalismo em razão das mudanças que ocorreram após o término da 2ª guerra mundial. Com isso, neste período, houve um agravamento das expressões da questão social, o que exigiu uma maior intervenção do Estado no âmbito da sociedade.

Importante ressaltar que além da intensificação das expressões da questão social neste período, dois fatores foram primordiais para a expansão do serviço social na Saúde, que foram o Novo Conceito de Saúde elaborado pela OMS (Organização Mundial da Saúde), em 1948; e a Consolidação da Política Nacional de Saúde no Brasil, em 1945. (MENEZES, 2020).

Para dissertarmos mais sobre o assunto exposto no parágrafo anterior, de acordo com site Governamental da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade.

A percepção do conceito de qualidade de vida também tem muitos pontos em comum com a definição de saúde. Desse modo, percebe-se a necessidade de analisar o corpo, a mente e até mesmo o contexto social no qual o indivíduo está inserido para conceituar melhor o estado de saúde.

Portanto, esse novo Conceito de Saúde elaborado pela OMS, faz com que o Serviço Social tenha uma demanda nos serviços de Saúde.

Para tanto, o profissional do Serviço Social, utiliza-se das seguintes ações para exercer a profissão dentro de um ambiente hospitalar, utiliza o plantão, a análise do território, a triagem ou seleção, os encaminhamentos, a concessão de benefícios e orientações previdenciárias, o acolhimento da família e entre outras.

Orientações passadas ao paciente/usuário do Serviço é de extrema importância para o tratamento na saúde de quem necessita do acompanhamento. E o assistente social dentro dos hospitais, vai atuar colocando-se entre a instituição e a população. A fim de viabilizar esse acesso dos usuários ao serviço e benefícios.

Numa outra perspectiva, de acordo com a Política Nacional da Saúde, a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o Assistente Social foi identificado, em conjunto com outros profissionais, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico.

Dando continuidade, de acordo com o site Âmbito Jurídico, o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto de Reforma Sanitária e pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social (BRAVO, 2009, p.43).

Para esclarecer, é de extrema importância falar sobre a Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do SS.

Com isso, no site pense SUS deixa esclarecido sobre essa reforça, contextualizando, o movimento da Reforma Sanitária que nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca.

As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Também, o Projeto Ético-Político do SS deve ser ressaltado, a ABEPSS, (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social) é uma entidade Acadêmico Científica que coordena e articula o projeto de formação em serviço social no âmbito da graduação e pós graduação, disponibiliza textos sobre o Projeto Ético-Político, porém hoje será usado o texto do CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) como referência.

Portanto, de acordo com o CFESS, o Projeto Ético-Político do Serviço Social, que orienta o exercício e a formação profissional, resultou de um

processo histórico de construção coletiva, sob a direção das entidades nacionais da categoria (CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO).

Este projeto de profissão e sociedade é explicitado no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e nas Diretrizes Curriculares aprovadas pela ABEPSS em 1996.

No cotidiano, os profissionais devem promover estratégias técnico-políticas nos diversos espaços sócio institucionais que concretizem princípios como: - ampliação da liberdade, concebida como autonomia, emancipação e pleno desenvolvimento dos indivíduos; - defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de arbítrio e autoritarismo; - defesa e aprofundamento e consolidação da cidadania e da democracia (socialização da riqueza socialmente produzida e da participação política); - defesa da equidade e da justiça social, universalizando o acesso a bens e serviços relativos a programas e políticas sociais e a sua gestão democrática; - compromisso com a qualidade na prestação dos serviços, competência profissional e articulação com outros profissionais e trabalhadores. (CFESS, 2006, p. 1).

Vale destacar que de acordo com o Ministério da Saúde, são atribuições apontadas como atribuição do Assistente Social na área de saúde: Discutir com os usuários as situações problema; fazer acompanhamento social do tratamento da saúde; estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde; discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do paciente, interpretando a situação social dele.

Também, dando sequência a informação do MS, discutir com os usuários acerca dos direitos sociais, mobilizando-o ao exercício da cidadania; elaborar relatórios sociais e pareceres sobre matérias específicas do serviço social; participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar; discutir com os familiares sobre a necessidade de apoio na

recuperação e prevenção da saúde do paciente.

Em resumo, segundo Suely de Oliveira e Maria Arlete, no artigo publicado sobre a inserção do assistente social no hospital, a inserção do Serviço Social, caracteriza-se por uma atuação subsidiária e auxiliar à prática médica.

Isto significa dizer, que a inserção dos assistentes sociais está visceralmente vinculada às relações capitalistas da sociedade brasileira, cujas políticas de saúde têm sido, de forma crescente, alvo de cortes nos recursos financeiros que se refletem na atenção à saúde na chamada ponta da linha, bem como à forma como são organizados os processos de trabalho para responder as demandas que se colocam como objeto de atenção das unidades hospitalares. (ARAÚJO, BEZERRA, 2005, p.3).

Em outras palavras, o assistente social é partícipe, como trabalhador coletivo, de uma grande equipe de trabalho e, nesse sentido, sua inserção faz parte de um conjunto de especialidades que são postas em movimento simultaneamente para efetivar os objetivos das instituições empregadoras, sejam elas públicas ou privadas (IAMAMOTO, 1998, p.64).

Neste sentido, os assistentes sociais têm a organização de suas atividades subordinadas a essas instituições, através dos meios e recursos, do estabelecimento de prioridades, da interferência na definição de papéis e funções que conformam o cotidiano do trabalho profissional nessas instituições (IAMAMOTO, 1998, p.63).

2.3 A Política Nacional de Promoção da Saúde

Diante do que já foi dito, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), vem de uma forma excepcional, visando ao enfrentamento dos desafios de produção da saúde e à qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

Baseia-se no conceito ampliado de saúde e apresenta a sua promoção como um conjunto de estratégias e formas de produzi-la, no âmbito individual e coletivo com responsabilidades para os três entes federados.

Para contextualizar, segundo a Carta de Ottawa, Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Portaria nº 2.446/2014 foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.

Também, a PNPS ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS; e, a partir de então, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes.

É de extrema importância pautar os objetivos da Política de Promoção da Saúde, que são expostos em três. O primeiro de atuação para que as condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e de conduta sejam

favoráveis à saúde dos indivíduos e de suas comunidades no pressuposto ético de defesa da vida e do desenvolvimento humano.

O segundo que é para contribuir para reduzir as desigualdades sociais quanto ao acesso às oportunidades para o desenvolvimento máximo do potencial de saúde.

Terceiro, qualificar o Sistema Único de Saúde na perspectiva da promoção da saúde como enfoque que permeie suas políticas e ações e favoreça sua sustentabilidade, através da melhor efetividade na abordagem dos problemas de saúde e redirecionamento de recursos.

Também, observando o cenário e o que já foi exposto, pode-se destacar as competências comuns a todas as esferas de gestão do setor Saúde.

A primeira é divulgar a PNPS, fortalecendo seus valores e princípios, estabelecer parcerias, promovendo articulação intersetorial e intrasetorial, contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde com base nos valores, nos princípios e nas diretrizes da PNPS.

Fomentar normas e regulamentos para o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável em ambientes, comunidades, municípios e territórios, fortalecer a participação e o controle social e as instâncias de gestão democrática e participativa, enquanto mecanismos de implementação da PNP, construir mecanismos de identificação das potencialidades e das vulnerabilidades para subsidiar o fortalecimento da equidade, definir prioridades, objetivos, estratégias e metas nas instâncias colegiadas, e estabelecer Inter gestores para implementação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde.

Não só, mas também estabelecer instrumentos e indicadores de gestão, de planejamento, de monitoramento e de avaliação, promover a alocação de recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPS, promover o intercâmbio de experiências e o desenvolvimento de estudos e de pesquisas

que visem ao aperfeiçoamento e à disseminação de tecnologias e de conhecimentos voltados para a promoção da saúde.

Desenvolver estratégias e mecanismos organizacionais de qualificação e de valorização da força de trabalho da saúde, estimulando processos de formação e de educação permanente voltados para a efetivação da PNPS, estimular as iniciativas e as ações de promoção de saúde, bem como a produção de dados e a divulgação de informações.

E, incluir a promoção da saúde nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde, em conformidade com os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, para implementação da PNPS, articular a inserção das ações voltadas à promoção da saúde nos sistemas de informação do SUS e em outros sistemas, viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, para o fortalecimento da promoção da saúde no País.

Além disso, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, pode-se encontrar também as Competências do Ministério da Saúde, Competências das Secretarias Estaduais de Saúde, Competências das Secretarias Municipais de Saúde.

Vale ressaltar que de acordo com a cartilha de 2004 do Ministério da Saúde, a promoção da saúde coloca desafios teóricos e estratégicos para o desenvolvimento da saúde pública como os compromissos firmados na V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no México, em 2000, na qual os Ministros de Saúde dos países participantes se comprometeram a destacar a promoção da saúde como política pública e a desenvolver estratégias para melhorar os determinantes da saúde e reduzir iniquidades.

Portanto, uma política de promoção da saúde deve contribuir para o aprofundamento das promessas da reforma sanitária brasileira. Promessas que além da construção do SUS apontam para a transformação das práticas sanitárias com a superação da baixa cobertura em direção a universalização,

busca da equidade, a integralidade do cuidado e respeito a cidadania. Promessas também que se comprometem com a democratização da saúde, da sociedade, do Estado e das Instituições.

Conseqüentemente, é importante falar sobre a promoção. Neste mesmo documento de 2004, o Ministério da Saúde, levanta pauta sobre justificativa para a promoção da saúde.

A promoção da saúde leva a refletir sobre o objeto saúde. Sem ter a pretensão de finalizar esta discussão, propomos que saúde é um conceito em construção, em movimento, dependendo de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos. Podemos dizer que é a busca de uma relação harmoniosa que nos permita viver com qualidade, que depende de um melhor conhecimento e aceitação de nós mesmos, de relações mais solidárias, tolerantes com os outros, relações cidadãs com o Estado e relação de extremo respeito a natureza, em uma atitude de responsabilidade ecológica com a vida sobre a terra e com o futuro. Estas relações significam construir saúde em seu sentido mais amplo, radicalizar na luta contra as desigualdades e participar na construção de cidadania e da constituição de sujeitos. Sujeitos que amam, sofrem, adoecem, buscam suas curas, necessitam de cuidados, lutam por seus direitos e desejos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 14).

Por isso, seguindo a cartilha, promover saúde se impõe pela complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis, a violência e as novas endemias. Se impõe também pela potencialidade de estratégias que superam a cultura da medicalização que predomina no imaginário da sociedade e que não pode ser modificada por meio destes mesmos procedimentos médicos.

Promover saúde também é aceitar o imenso desafio de desencadear um processo amplo que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, que otimize os recursos disponíveis e garanta sua

aplicação em políticas que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade.

É se responsabilizar no nível da legislação e execução com políticas que favoreçam a vida em todas suas dimensões sem que isso implique, necessariamente, no desenvolvimento de ações inéditas, mas no redirecionamento do enfoque das políticas públicas.

Promover saúde é educar para a autonomia como construído por Paulo Freire, é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões. Por isso, a promoção da saúde é vivencial e é colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais. A promoção da saúde trabalha a mobilização comunitária. Mobilização que tenta romper o individualismo que se tornou uma das principais características das sociedades modernas. Neste espaço atua no fortalecimento da ação comunitária, compartilhando os saberes técnicos e saberes populares e criando condições para a construção de estratégias que têm se mostrado eficazes na abordagem dos problemas de saúde. Mobilização que se posiciona a favor da vida e se conecta aos movimentos globais a favor do desenvolvimento humano. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 15).

Portanto, é de extrema importância o profissional de Serviço Social ter conhecimento da Política e saber cruzar o seu caráter emergencial e burocrático para a garantia de direitos à saúde.

2.4 O SUS e a perspectiva de Integralidade.

Já exposta a história dos hospitais, a inserção do Serviço Social e a PNPS, para caminhar, de acordo com a linha do tempo, é indispensável incluir o SUS e um dos seus princípios, a integralidade neste trabalho, pois, está

presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano.

O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal que determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira. Seu início se deu nos anos 70 e 80, quando diversos grupos se engajaram no movimento sanitário, com o objetivo de pensar um sistema público para solucionar os problemas encontrados no atendimento da população defendendo o direito universal à saúde.

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do sistema e instituiu os preceitos que seguem até hoje. A partir deste momento, a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita. O SUS atende todos que procuram suas unidades de saúde ou tem necessidade de atendimento de emergência. Desde setembro de 2000, quando foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), o SUS é administrado de forma tripartite, e conta com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Os gestores são responsáveis pela administração dos recursos, sua implantação e qualidade. Atualmente, o orçamento do Governo Federal repassado para o Ministério da Saúde gira em torno 101 bilhões de reais. (SECRETARIA ESTADO, 2015, p. 1).

Todos os brasileiros e brasileiras, desde o nascimento, têm direito aos serviços de saúde gratuitos. O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita. Só em 2014 foram realizados mais de 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais e 1,4 bilhão de consultas médicas através do SUS no país.

Com esta breve história do SUS, a integralidade toma vez. Com a Reforma Sanitária, a atenção integral se tornou uma das diretrizes do SUS.

De acordo com o SUS de A a Z, o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa.

Pela perspectiva dos usuários, a ação integral em saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. Por isso, este valor paira como uma orientação geral nos serviços de saúde, já que o Estado tem o dever de oferecer um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, como oficializou a Constituição Federal de 1988. Para atender a esta necessidade da população, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade. Historicamente, este conceito também está ligado a um movimento de medicina integral, que denunciava a especialização crescente dos profissionais de saúde. Com a Reforma Sanitária, a atenção integral se tornou uma das diretrizes do SUS. (CRUZ, 2014, p.1).

Roseni Pinheiro cita que, a integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade” (Pinheiro, 2009).

Ruben Araújo de Mattos no livro *“Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde”* citou três sentidos sobre a integralidade interessantíssimos que têm por base o início desses movimentos, que são: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

Vale a pena ressaltar cada um desses três conteúdos, cheio de informações interessantes e necessárias quando se trata de integralidade.

Para começarmos, o primeiro sentido é um traço de uma boa medicina, e consiste em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, e em um cuidado para que, essa resposta, não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos.

A integralidade está presente no encontro, na conversa em que a atitude do médico busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde.

A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos.

No segundo conjunto de sentidos, a 'integralidade', como modo de organizar as práticas, exigiria uma certa 'horizontalização' dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde.

A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

Por último, há o conjunto de sentidos sobre a 'integralidade' e as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional.

O curioso é que integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito. Na melhor das hipóteses, é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre

si, mas não completamente articuladas. Pode-se identificar, grosso modo, um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse agregado semântico: por um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de promoção de saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio. A inexistência de uma definição de fato sobre o que seria a tal “integralidade” é ao mesmo tempo uma fragilidade e uma potencialidade, sendo ambas características apontadas, ainda que nem sempre simultaneamente, em vários dos textos aqui reunidos. Essa não-definição talvez explique, ainda, mesmo que parcialmente, a clara escassez de bibliografia sobre o tema, o que torna a publicação deste volume mais que oportuna, verdadeiramente estratégica do ponto de vista das possibilidades que abre para a qualificação do debate sobre a integralidade. (MATTOS, 2009, p. 16).

Com tudo isso, acho de grande relevância falar sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) que está interligada a temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o tema deste trabalho de conclusão de curso.

O Ministério da Saúde, Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, coloca alguns artigos para falar sobre essa temática, como por exemplo, o Art. 7º explica que os Cuidados Prolongados têm como finalidade acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico, especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio;

Também, promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar, de forma a possibilitar a revisão de diagnóstico, a reavaliação de riscos e a adequação de condutas entre os especialistas envolvidos;

Além disso, na mesma Portaria, os artigos 13, capítulo III e o artigo 19 falam sobre a alta, os responsáveis e como a integralidade é importante.

2.5 Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Para conceituarmos a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão, é preciso expor que a mesma existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Um SUS humanizado é o desejo de todo usuário e funcionário que necessita dos serviços do SUS. Está certo que um trabalho humanizado deixa o cidadão no seu direito de dignidade, e até mesmo, dá o seu direito à vida, pois a vida acontece entre relações sociais.

Tendo como um dos princípios a transversalidade, deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas.

Portanto, transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre

produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

Segundo o Ministério da Saúde, O HumanizaSUS surge atrelado ao compromisso de uma efetivação real do Sistema Único de Saúde, partindo do reconhecimento do “SUS que dá certo”. E, no âmbito da atenção básica, temos experiências expressivas de aumento do acesso aos serviços de saúde e de uma melhor qualidade do cuidado.

A Política Nacional de Humanização se pauta em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos.

Agora, de acordo com o que foi dito anteriormente, as diretrizes do Humaniza SUS dizem muito sobre as intenções do Ministério da Saúde. O acolhimento é uma das diretrizes, e o que seria o acolhimento?

Ainda de acordo com a cartilha do MS, acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva.

Sendo este um material rico em conhecimento, vale destacar como fazer esse acolhimento, este acolhimento é feito com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que

todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Gestão Participativa e cogestão, mais uma diretriz e dando sequência como anteriormente no acolhimento, aqui será destacado o que é e como fazer.

A Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

A realização desta é por meio de uma organização e experimentação de rodas. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

Também, temos a Ambiência, Clínica ampliada e compartilhada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários. Será citado a Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários, o restante, poderá ser encontrado no site do Ministério da Saúde, humaniza SUS.

A valorização do trabalhador é importante para dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

Como fazer isso? O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que gera sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no

serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

Por último, a Defesa dos Direitos dos Usuários, os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a *alta*.

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

3. A PESQUISA

3.1. Atuação do Assistente Social num Hospital Universitário.

Para darmos início ao segundo capítulo, vale conceituar a definição que o MEC traz sobre o HU. Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde.

A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde.

Além disso, segundo a Associação Médica Brasileira os Hospitais de ensino são tão antigos como o conceito de saúde que surgiu com o renascimento. No entanto, a medicina no atendimento individual e seu impacto no aumento da especialização, a partir do início do século XX, ampliou o propósito destas instituições, tornando obrigatório seu vínculo orgânico e dependência institucional junto às Faculdades de Medicina.

Vale ressaltar que segundo Ilda Lopes Witiuk, no *artigo Serviço Social e Saúde: Processo de Trabalho do Assistente Social*, a professora e autora cita que os hospitais próprios do Sistema de Saúde fazem com que sejam credenciados hospitais privados para o atendimento da demanda, considerada significativa.

Os Hospitais Universitários que necessitam da população, como objeto de aprendizagem do seu corpo clínico e alunos, credenciam-se ao SUS para atendê-la. A população carente, por sua vez, submete-se como objeto de aprendizagem por não ter outra forma de acesso à saúde. Essa relação Sistema/Universidade/População tem como consequência o atendimento a uma demanda populacional importante, com foco quase exclusivo na prestação de serviço, com defasagem significativa quanto ao cunho pedagógico.

Os profissionais de Serviço Social trabalham como assalariados, vendem sua força de trabalho. Estão subordinados às decisões da estrutura hierárquica. Não participam do processo decisório. A grande maioria tem funções de execução de tarefas e não de decisão.

O Serviço Social se constitui, muitas vezes, como o único elo entre família/hospital/médico. Viabilizando assim o acesso da população a procedimentos, normas, rotinas e informações da instituição hospitalar, facilitando ou amenizando o processo difícil e muitas vezes traumático que é o de estar internado, ou ser familiar de alguém que está em atendimento hospitalar.

É importante destacar também que essas atividades desenvolvidas pelos Assistentes Sociais na área da saúde, historicamente visavam suprir as deficiências da estrutura, da política pertinente à área. Não se verifica mudança visando a superação das deficiências detectadas ao longo dos anos. Com o crescimento populacional houve, isso sim, a deterioração da situação, reforçando a atribuição do Serviço Social no papel de mediador entre o usuário e o sistema.

Também, de acordo com estudos realizados na USP, as atividades que o Serviço Social presta dentro de um HU incluem acolhimento aos pacientes, familiares ou colaterais nas circunstâncias de urgência e emergência, atendimento ambulatorial, internação, alta e atendimento domiciliar.

3.2. Questões trabalhadas pelos Assistentes Sociais dentro de um Hospital de Grande Porte.

No capítulo I foram apresentadas questões importantes que são trabalhadas dentro de um Hospital de Grande Porte. Como, por exemplo, a alta complexidade, a integralidade, e as políticas que as rodeiam.

Este trabalho, conforme as pautas estudadas, tem a intenção de analisar a complexidade que o profissional do Serviço Social e os usuários enfrentam durante a alta hospitalar.

Portanto, algumas questões foram apontadas para profissionais que estão exercendo a profissão na área da saúde, mais especificamente na alta complexidade, em um Hospital de Grande Porte localizado no município de Campinas – São Paulo.

Vale ressaltar que a pesquisa buscou, por meio de entrevistas semiestruturadas com Assistentes Sociais, pautar elos qualitativos quanto a suas análises ao tema: Usuários em Situação de Alta Hospitalar e Abordagem Profissional na Perspectiva da Integralidade: Desafios e Atuação Do Assistente Social.

As Assistentes Sociais entrevistadas foram escolhidas para a pesquisa de acordo com o interesse e disponibilidade para responder as questões expostas.

Sendo assim, com o objetivo de trazer esclarecimento para este trabalho, foram entrevistadas as profissionais LA, CA e CI, para a realização de uma comparação de respostas e vivências dentro da mesma área.

A profissional LA, residente na área de Urgência e Trauma no Hospital. Há mais ou menos oito meses ingressou no Hospital como residente. Apesar disso, caso haja demandas, ela atende os outros setores dentro do Serviço Social que solicitem suporte.

CA, atuou como residente no Hospital há alguns anos, e atualmente voltou ao Hospital para atuar como Assistente Social contratada.

CI, realizou aprimoramento na UNICAMP e agora trabalha há alguns anos no Hospital, atua no setor COVID e na ONCOLOGIA.

Para darmos início, à primeira questão que surgiu, sobre quem está presente com o usuário no momento da alta hospitalar, as respostas foram bastante parecidas, mesmo com cada Assistente Social sendo responsável por um setor.

LA diz que:

Foi que quem está presente com o usuário depende de diversos fatores que podem incidir no momento da alta hospitalar, como por exemplo: idade do paciente, cidade de origem do mesmo, quadro clínico no momento da alta (nível de independência do paciente, etc), condição de vulnerabilidade entre outros.

Pois esses fatores são critérios para acionamento da família e/ou rede de apoio para suporte e acompanhamento no momento da alta hospitalar. Mas frequentemente, somos acionados pela equipe de enfermagem para realizarmos a convocação familiar, para que assim, o familiar responsável ou de indicação do paciente compareça ao Hospital.

Já a assistente social CA foi mais específica em dizer que *no momento da*

alta hospitalar, os pacientes são acompanhados por algum familiar, podendo ser conjugues, filhos, irmãos.

Também, a *CI* coincidiu com a resposta da *CA* dizendo que *normalmente o paciente está acompanhando de um familiar, esposa e filhos.*

Dando sequência às perguntas, uma linha seguida neste trabalho, com um capítulo específico para este tema, é a integralidade. Com isso, a questão de garantia de direitos é de extrema importância, vista com olhos clínicos de assistentes sociais dentro de um Hospital.

A esse respeito, cabe, o questionamento sobre como é garantido o direito do usuário do SUS na perspectiva da integralidade? E as respostas obtidas foram: Assistente Social *LA* explicou que *o direito é garantido através de diversos canais, como por exemplo: atendimento gratuito e de qualidade em todos os níveis de atenção à saúde.*

Dentro do ambiente hospitalar, um ponto importante que abrange a integralidade do atendimento, é a atuação multiprofissional bem como a transição de cuidados para centro de Saúde ou quando o caso se faz pertinente, o encaminhamento aos ambulatórios de especialidades médicas.

Ela continua dizendo que, *isso garante à integralidade da atenção à saúde para que o indivíduo tenha sua necessidade atendida, seja ela na atenção primária (ESF) ou secundária. Bem como é de suma importância à avaliação, por parte do Serviço Social, para identificação de fatores que podem influenciar no acesso à saúde por parte do paciente (exemplo: conhecimento e condições de acesso do paciente /família dos dispositivos presentes em seu território).*

A Assistente Social *CA* ressalta que *a integralidade está relacionada à condição integral, de compreensão do paciente, ou seja vê-lo como um todo, e entendê-lo no contexto social em que o paciente está inserido, a partir daí, atender às demandas e necessidades. Nessa perspectiva o trabalho que realizamos é a busca no acesso e viabilização aos serviços, recursos,*

programas, ações e políticas públicas de saúde.

Ademais, a CI cita que quando falamos de garantia de direitos, muitas vezes é algo utópico, uma vez que dependente de vários atores envolvidos neste processo. O que buscamos através do nosso trabalho é viabilizar o acesso aos serviços e políticas públicas de saúde.

Cabe pontuar, também, com base nos estudos deste trabalho, quais os encaminhamentos pós alta mais comuns feitos e os menos comuns? As respostas tiveram bastante conexão.

De acordo com a Assistente Social LA os encaminhamentos mais comuns são para o Centro de Saúde de Referência, CRAS, CREAS, CAPS AD e II. E os menos comuns: SAMIM, Conselho Tutelar, Defensoria Pública.

Agora, no olhar da profissional CA os encaminhamentos são realizados a partir das demandas sociais identificadas na entrevista social realizada junto ao paciente e/ou familiar durante o período de internação.

Os encaminhamentos mais frequentes são para os seguintes serviços: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS/ Distrito de Assistência Social DAS; Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS; Centro de Saúde; Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD. Importante sinalizar que os casos são discutidos com os profissionais dos serviços citados.

CI Os encaminhamentos dependem das demandas que surgem durante a internação. Os pacientes que necessitarão de uma atendimento pós alta em seu domicílio, normalmente são realizados encaminhamentos aos serviços de atendimento domiciliar dos municípios de referência, centros de saúde, UBSs.

Quando falamos de pacientes que apresentam questões sociais referentes a possível violações de direitos os encaminhamentos mais frequentes são para CREAS, Conselho Tutelar, Centro de saúde.

Outrossim, a intersectorialidade mostra-se presente e excepcional no serviço. Por isso, outro questionamento que baseia os estudos do trabalho é sobre qual a importância que o Assistente Social atribui à intersectorialidade no que se refere ao encaminhamento dos usuários no momento da alta hospitalar?

LA: É de suma importância a intersectorialidade, uma vez que o indivíduo possui necessidades diversas e que para que sejam atendidas e supridas é necessário o acionamento dos mais diversos dispositivos da rede.

CA: A Intersectorialidade é muito importante, uma vez que se apresenta como uma forma de atender o paciente/família nas mais diversas necessidades e demandas sociais. Assim é necessário articulação com demais serviços e políticas para atender as questões sociais identificadas.

CI: A intersectorialidade é de grande importância, visto que os pacientes apresentam questões biopsicossociais. Portanto não é possível que apenas um serviço ou profissional atenda com excelência as demandas apresentados pelo o paciente/família.

Tendo em vista as respostas expostas, vale destacar que a Intersectorialidade é uma temática discutida por diversos autores importantes dentro do Serviço Social, uma vez que esta se apresenta como uma forma de atender o usuário nas mais diversas necessidades sociais.

Assim, como dito nas respostas das Assistentes Sociais, cabe como elo a fala das autoras Cristiane Rosalia de Souza Rodrigues e Rosmary Fidelis Moreira da Fonseca que citam que a intersectorialidade é uma articulação entre sujeito, vontade, poderes de setores sociais diversos, para enfrentar problemas complexos. Assim a construção de políticas públicas nesta perspectiva se apresenta como uma nova forma de ofertar serviços públicos, na intenção de superar a fragmentação.

Dando continuidade, ainda ligando questões, é importante destacar os desafios que o Serviço Social enfrenta no cotidiano Hospitalar diante de um

serviço intersetorial.

Com isso, a questão abordada foi, quais são os desafios internos que o profissional do Serviço Social enfrenta ao mobilizar a rede e encaminhar o usuário no momento da alta hospitalar? Obtive as seguintes respostas das Assistentes Sociais questionadas.

LA citou que a sobrecarga dos profissionais, a falta de capacitação dos mesmos nos dispositivos da rede, desvalorização do serviço prestado, falta de conhecimento acerca do que constitui o Serviço Social.

De outro modo, a A.S CA respondeu que não encontra desafios internos, uma vez que possui autonomia para realização dos encaminhamentos e mobilização da rede necessários. Em alguns casos é realizada discussão com equipe multiprofissional e alinhado encaminhamentos em conjunto.

Há divergência nas respostas, o que deixa claro que cada profissional tem sua própria vivência.

Dando continuidade, à resposta da A.S CI seguiu a mesma linha de vivência que a CA ressaltando a autonomia, acreditando que não haja desafios internos, *porque a instituição nos dá a liberdade para fazermos os encaminhamentos necessários.*

A garantia de direitos do usuário em situação de Alta Hospitalar é de extrema importância. Portanto, foi questionado como garantir os direitos do usuário durante a desospitalização.

Sabe-se que a desospitalização é uma metodologia que vem sendo cada vez mais adotada por hospitais, clínicas e profissionais de saúde. Seu objetivo é garantir os cuidados paliativos a pacientes em estado clínico considerado estável, sem que haja a necessidade de mantê-los internados.

A A.S LA contribuiu citando que *na desospitalização é realizando uma*

avaliação social criteriosa para identificação das situações de vulnerabilidade, após isso, regado e conhecimento, realizar as orientações (sobre previdência, assistência, saúde, educação rotina interna, fluxo dos mais diversos serviços da rede etc) as figuras pertinentes ao caso: paciente, família e equipe multiprofissional.

Seguindo a linha da desospitalização contando com o trabalho intersetorial citado anteriormente, as redes de políticas públicas são de extrema importância para a intervenção nas questões que o usuário possa apresentar.

Portanto, as redes de políticas públicas fazem parte da interface com o serviço multi? O olhar da Assistente Social LA para esta temática é de que *sim, definitivamente, a atuação do Serviço Social no momento da alta hospitalar depende grandemente da intersetorialidade presente nas políticas públicas, e através destas que torna possível a efetivação dos direitos do paciente.*

A importância do olhar do Assistente Social, como ele encara o trabalho dentro de um Hospital, sabe-se que o profissional do Serviço Social é responsável por assegurar o bem-estar de indivíduos e grupos. Seja no âmbito físico, psicológico ou social, porém é de extrema relevância que o profissional esteja satisfeito no ambiente em que está inserido.

Com isso dito, procurando entender como o profissional encara o seu cotidiano, as entrevistadas foram questionadas sobre como se sentem, como profissionais do Serviço Social, na atuação dentro de um hospital de grande porte.

Diante da grande demanda de usuários diários no serviço, as respostas foram diversas.

LA citou que se sente demasiadamente sobrecarregada uma vez que a demanda apresentada pelos pacientes, família e equipe multiprofissional é de grande complexidade, o que demanda grande conhecimento, atenção e atuação rápida e eficaz, visualizando sempre atingir uma desospitalização segura.

Enquanto a resposta da A.S CI se expressa satisfeita, relatando *que a atuação na área da saúde é dinâmica e demanda agilidade, indo de encontro com minha personalidade. Está foi a área de atuação de que mais me identifiquei.*

A atuação em um hospital de grande porte é desafiadora, mas também demanda muito conhecimento e permite crescimento profissional, ao nos depararmos com diversas expressões da questão social.

Com isso em mente, com intuito de finalizar as questões apontadas para as Assistentes Sociais, foi perguntado se o Serviço Social dentro do hospital de grande porte tem visibilidade durante a desospitalização.

Para a A.S LA.:

Sim, pois a equipe do Serviço Social trabalha com fatores que incidem de forma significativa no momento da alta hospitalar, como por exemplo na organização e aspectos da dinâmica família.

Para a A.S CI.:

A atuação do Serviço Social é de suma importância na desospitalização dos pacientes, por talvez sermos os profissionais que mais se aproximam da realidade das famílias. E visualizo que a equipe consegue compreender a importância de nossa atuação na desospitalização, assim como a gestão da instituição, por contribuirmos com o giro de leitos e conseqüentemente a saúde financeira da instituição.

Assim sendo, diante deste exposto, vale ressaltar sobre o atendimento direto ao usuário como forma de integralidade durante todo o processo até a desospitalização, também este atendimento direto ao usuário possibilita a autonomia do profissional, permitindo o exercício de um trabalho eficaz diante das demandas apresentadas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com todo o exposto, a fim de encerrar a pesquisa, faz-se necessário retornarmos a alguns conceitos estudados durante o Trabalho de Conclusão de Curso, como por exemplo o SUS, a Integralidade, a Política Humaniza SUS e o Serviço Social.

Tendo isso em mente, é válido ressaltar que todo usuário tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede.

Também, o Humaniza SUS surge atrelado ao compromisso de uma efetivação real do Sistema Único de Saúde, o SUS que tem a integralidade como princípio. Humanizar é construir relações que afirmem os valores que orientam a Política Pública de Saúde. Nesse sentido, pela perspectiva dos usuários, a ação integral em saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento.

Por isso, este valor paira como uma orientação geral nos serviços de saúde, já que o Estado tem o dever de oferecer um atendimento integral. O Assistente Social na área da saúde compõe a equipe e é o profissional responsável por conhecer e transmitir a realidade socioeconômica e cultural dos usuários/famílias.

Com tudo isso, a atuação do Serviço Social na saúde é de extrema importância, pois o profissional atua diretamente com questões relacionadas à humanização do usuário.

O resultado deste trabalho nos leva a afirmar que a hipótese que o norteou foi devidamente confirmada.

REFERÊNCIAS.

CUNHA, Aline Andrade. O SERVIÇO SOCIAL E A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA. **UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**, [s. l.], p. 20, 23 nov. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/21693/3/ServicoSocialAlta.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

FUCKS ORTIZ, Anelize; TEREZINHA LEVITTE, Analeia. **SERVIÇO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**. [S. l.], p. 7, 10 out. 2017. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1819-3801-1-PB.pdf. Acesso em: 1 out. 2020.

CEZAR, André. **Hospitais universitários: passado, presente e futuro**, [S. l.], p. 7, 19 jun. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/QF4tk7yTqbYdKymQnk6SLPJ/?lang=pt>. Acesso em: 23 set. 2021.

LEAL, Roberta; XAVIERU, Arnaldo. **Alta hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde**, Ufsc, v. 1, n. 1, p. 13, 12 ago. 2015. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/servico-social/wp-content/uploads/sites/17/2014/11/TCC-ROBERTA-SANTIN-LEAL.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE. Lei nº LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. LOS. **Presidência da República**: Casa Civil, [S. l.], 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 7 nov. 2020.

LIMA COSTA, Danielle. A política nacional de saúde. **O assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar**, [s. l.], p. 30, 1 jul. 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-161/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar/>. Acesso em: 16 set. 2020.

MELO PAIXÃO, Cristiane; SILVA CORREA, Gêyza Cristina. A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM ÂMBITO HOSPITALAR. **Uma abordagem a partir do Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar (MA)**, [S. l.], p. 24, 30 jan. 2018. Disponível em: <http://iesfma.com.br/wp-content/uploads/2017/10/A-ATUA%C3%87%C3%83O-DO-ASSITENTE-SOCIAL-EM-%C3%82MBITO-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 23 set. 2020.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2ª. ed. [S. l.]: Cortez, 2007. 399 p.

POLITICA Nacional de Promoção A Saúde. **Política Nacional de Promoção A Saúde**, [S. l.], p. 48, 2 jan. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf. Acesso em: 18 ago. 2021.

REISEN, Shirliane Pereira. O SERVIÇO SOCIAL EM PRONTO-SOCORRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **DESAFIOS E POSSIBILIDADES**, [S. l.], p. 104, 24 nov. 2015. Disponível em: http://www.emescam.br/wp-content/uploads/2019/11/shirliane_pereira_da_silva_reisen.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

RELATÓRIO DE ATIVIDADES. **CEBAS**, Portaria Normativa do Ministério da Educação, p. 61, 23 maio 2013. Disponível em: <https://www.puc-campinas.edu.br/wp-content/uploads/2019/08/Relat%C3%B3rio-de-atividades-P%C3%A1gina-II.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2020.

SEIBERT, Deise; NUNES MANGINI, Fernanda; KOCOUREK, Sheila. ALTA SOCIAL COMO DISPOSITIVO DE PROTEÇÃO INTEGRAL NA SAÚDE. **CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL**, [S. l.], p. 19, 1 ago.

2019. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13716-59938-1-PB.pdf. Acesso em: 6 out. 2020.

TRAUB, Oren. A alta do hospital. **SUS**, [s. l.], p. 10, 20 fev. 2018.

Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/assuntos-especiais/cuidados-hospitalares/a-alta-do-hospital>. Acesso em: 28 ago. 2020.