

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Graziela Dourado Ramos

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A PERSPECTIVA DE ACESSO AOS DIREITOS**

Porto Alegre,

2016

Graziela Dourado Ramos

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A PERSPECTIVA DE ACESSO AOS DIREITOS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alzira Maria Baptista Lewgoy.

Porto Alegre,

2016

### CIP - Catalogação na Publicação

Dourado Ramos, Graziela  
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA  
COMPLEXIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A PERSPECTIVA  
DE ACESSO AOS DIREITOS / Graziela Dourado Ramos. --  
2016.  
92 f.

Orientadora: Alzira Maria Baptista Lewgoy.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto  
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,  
BR-RS, 2016.

1. Serviço Social. 2. Acesso aos Direitos. 3. Alta  
Complexidade. 4. SUS. I. Baptista Lewgoy, Alzira  
Maria, orient. II. Título.

Graziela Dourado Ramos

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A PERSPECTIVA DE ACESSO AOS DIREITOS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Serviço Social.

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alzira Maria Baptista Lewgoy

**Orientadora**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jussara Maria Rosa Mendes

**Examinadora**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais Donatela e Alceu e aos meus irmãos Daniel e Michelle por terem me proporcionado apoio e conforto, para que eu pudesse me dedicar à formação e por terem me acolhido nos momentos difíceis que surgiram ao longo dessa jornada. Amo vocês!

Ao Bruno Padilha Zocche, meu amor e companheiro de vida, que sempre me incentivou e acreditou em mim, além de ter sido suporte e apoio nos momentos difíceis. Muito obrigada por tudo, te amo!

A toda família Dourado e à família Padilha que me deram força e incentivo para enfrentar com tranquilidade as dificuldades diárias.

Às minhas amigas Ana Guex, Andressa Feijó, Isadora Netto, Juliana Martins, Luciane Sena e Nathalia Estevão, presentes do curso de Serviço Social da UFRGS, que foram minhas companheiras nesta jornada, tanto nos momentos bons quanto nos momentos ruins, e que sempre me incentivaram a nunca desistir.

As minhas amigas Marthielle Assis e Manuela Ramos, amigas de infância, que me apoiaram, me incentivaram e me ajudaram a enfrentar, principalmente, este momento difícil de elaboração do TCC. Muito obrigada!

À inesquecível Prof.<sup>a</sup> Alzira Maria Baptista Lewgoy, minha supervisora de estágio e orientadora de TCC que me serviu de exemplo durante a graduação e me proporcionou conhecimento e apoio.

À Prof.<sup>a</sup> Tatiana Reidel que me acolheu e serviu de exemplo desde o início do curso em um Projeto de Extensão, o qual me proporcionou não apenas conhecimento teórico-prático, mas proporcionou também crescimento pessoal.

A todos os professores do Curso de Serviço Social da UFRGS que contribuíram para minha formação e demonstraram diariamente que não há hierarquia de saberes dentro de uma sala de aula. Obrigada!

A todas as assistentes sociais, supervisoras de campo e demais profissionais que tive o prazer de conhecer e aprender a partir das vivências de estágio no Hospital Cristo Redentor, na Gerência Distrital de Saúde Glória-Cruzeiro-Cristal e no Tribunal Regional Federal da 4<sup>a</sup> Região.

E por fim, a todos meus amigos que conheci antes da UFRGS e permaneceram ao meu lado e a todos que conheci durante esta jornada e que foram parceiros para os momentos felizes e para os momentos de dificuldade.

*O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.*

Marilda V. Yamamoto

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso versa sobre o trabalho do assistente social na perspectiva de acesso aos direitos na atenção de alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Aborda a construção das políticas sociais e as contradições para o acesso a direitos no contexto capitalista. A política de saúde no Brasil, materializada como política universal, é produto da correlação de forças entre o Estado e os movimentos sociais, impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária. Esta monografia tem por objetivo dar visibilidade à experiência de estágio junto ao trabalho do assistente social sob a óptica do acesso aos direitos sociais, estratégia profissional fundamental de enfrentamento às expressões da questão social. Para isso utilizou-se como metodologia a análise de conteúdo dos registros elaborados durante o período de vivência do estágio curricular na unidade de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor em Porto Alegre, tendo como fontes os relatórios finais dos estágios (I, II e III). Além disso, também se elaborou uma pesquisa documental do público-alvo utilizando como fontes de análise os prontuários dos pacientes/usuários com sequelas neurológicas graves participantes do Projeto de Intervenção e de Pesquisa, cujo período de internação foi entre os meses de agosto de 2014 e maio de 2015. Os resultados desta investigação demonstraram que os pacientes/usuários da Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor de Porto Alegre acessam a maior parte dos recursos necessários para a melhor qualidade de vida após uma sequela neurológica. Contudo, alguns recursos não são recebidos, bem como devem ser qualificadas as orientações e os serviços ofertados durante o período da internação, para que se possa atingir o cuidado integral em saúde. Conclui-se que para que o trabalho seja efetivo na perspectiva de acesso a direitos, é necessária uma atuação interdisciplinar e intersetorial articulada na identificação das contradições impostas pela organização política e econômica do sistema capitalista e na identificação de proposições que supere o imediatismo das ações e das contradições do trabalho profissional.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Acesso aos Direitos; Alta Complexidade; SUS.

## **ABSTRACT**

This project's purpose is to analyze the function of social worker by the perspective of the access to rights of the high complexity of the Brazilian Health Unic System. Also approach the construction of social politics and the contradictions for the access to rights in a capitalist context. The Brazilian health politics is product from the State and social movements, mainly by the "Movement of Sanitary Reform". This project's aims to give visibility to internship experience combined with the work of a social worker by the eyes of social rights. The methodology are analyzes of the records from the internship at Hospital Cristo Redentor's neurosurgery, in Porto Alegre. A research was also made using medical records from the patients from "Projeto de Intervenção e de Pesquisa" with serious neurological sequelae, admitted to hospital between august 2014 and may 2015. The conclusion is that the patients have access to the most part of the resources for a better life after the squeal. However, some resources are not given. It also has to get better the services available. It is necessary an interdisciplinary and intersectoral approach, so they can identify the contradiction that the politics organization and the economic system has and improve their actions.

**Key words:** Social Work; Access to rights; High complexity; SUS.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 POLÍTICAS SOCIAIS E ACESSO AOS DIREITOS NO CONTEXTO CAPITALISTA: AS CONTRADIÇÕES E LIMITES PARA A EFETIVAÇÃO ...</b>	<b>13</b>
2.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PERSPECTIVA DE ACESSO AOS DIREITOS .....	21
<b>3 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA À CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....</b>	<b>29</b>
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A ORGANIZAÇÃO E OS PROJETOS POLÍTICOS EM DISPUTA.....	35
<b>4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A VIVÊNCIA DE ESTÁGIO CURRICULAR.....</b>	<b>45</b>
4.1 DIÁLOGO ENTRE A INTERVENÇÃO E A INVESTIGAÇÃO: O ACESSO AOS DIREITOS DE PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS.....	58
4.1.1 Resultados Preliminares: O acesso aos direitos sociais dos pacientes neurocirúrgicos no Hospital Cristo Redentor (HCR) de Porto Alegre.....	59
<b>5 CONCLUSÕES.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>81</b>
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	81
APÊNDICE B – Tabulação da Coleta de Dados.....	85

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho de conclusão de curso intitulado “*O trabalho do assistente social na alta complexidade do Sistema Único de Saúde: A perspectiva de acesso aos direitos*” é produto da formação atravessada por desafios, no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Na formação, além das disciplinas obrigatórias e disciplinas eletivas de outros cursos, tão essenciais para a formação interdisciplinar, houve a aproximação, no início do curso de Serviço Social, com o trabalho do assistente social no contexto comunitário através da inserção em um projeto de extensão, em uma comunidade de extrema vulnerabilidade de Porto Alegre com dois anos de participação. Além disso, houve também a aproximação do trabalho do assistente social como gestor no projeto de extensão pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), na área de Gestão de gerência distrital de Saúde, em um território da cidade, também muito vulnerável com seis meses de participação. Compondo ainda a formação, um estágio não curricular no âmbito da saúde do trabalhador no sistema judiciário federal por um ano e o estágio curricular no Hospital Cristo Redentor de atendimento 100% Sistema Único de Saúde (SUS), na unidade de internação de Neurocirurgia por um ano e meio (três semestres). Verificou-se, portanto, que o campo da Saúde foi muito presente em todo o período de formação acadêmica.

Tendo em vista a centralidade do campo de saúde durante o processo de formação e o estágio curricular ser um momento de fundamental importância neste processo, e por favorecer a percepção e análise crítica da realidade e suas contradições, propiciando a capacidade interventiva e propositiva, este trabalho se foca na experiência de estágio junto ao trabalho do assistente social na política de saúde. O tema abordado é referente ao trabalho profissional na perspectiva de acesso aos direitos na atenção de alta complexidade do sistema de saúde.

A partir da vivência no campo de estágio, foi possível constatar a extrema relevância de aprimoramento dos serviços ofertados aos usuários da saúde. Nesses novos tempos é possível perceber o crescimento da demanda por serviços sociais, aumento da seletividade no âmbito das políticas sociais, diminuição de recursos, de salários e cada vez mais entraves para a população acessar os direitos, materializados em serviços sociais públicos e produto de lutas históricas (IAMAMOTO, 2014).

Esta monografia objetiva dar visibilidade ao trabalho realizado pelo assistente social neste cenário, a fim de propor alternativas para o aprimoramento dos serviços ofertados, sob a óptica do acesso aos direitos sociais como estratégia profissional de enfrentamento à questão social. O objetivo proposto ancora-se com o décimo princípio do Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) pelo “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

O trabalho está estruturado de forma que se analise a temática das políticas e direitos sociais e as contradições no contexto capitalista, com o aprofundamento e especificidade do debate sobre a política social de saúde, através da contextualização sobre a criação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de compreender que os direitos fundamentais como o direito à vida e o acesso à saúde universal de qualidade, gratuita e estatal sejam garantidos. No período de estágio curricular foi possível constatar que os pacientes neurocirúrgicos necessitam de recursos essenciais para a qualidade vida após uma seqüela neurológica. Tais recursos se materializam em direitos sociais, necessários tanto no período de internação quanto após a alta hospitalar. E para contribuição de acesso a estes direitos, é necessário realizar o trabalho de forma interdisciplinar e intersetorial, direção de suma importância no trabalho do Serviço Social no âmbito das políticas sociais, especificamente na alta complexidade do SUS para a atuação na perspectiva de acesso aos direitos.

No primeiro capítulo *“Políticas Sociais e acesso aos direitos no contexto capitalista: as contradições e limites para a efetivação”* será abordado o tema das Políticas e Direitos Sociais no contexto brasileiro capitalista, a conceituação e os entraves para sua efetivação, assim como, a inserção do assistente social neste âmbito. Há muitas interpretações, defesas e conceitos sobre políticas sociais, porém a categoria profissional comprometida com os interesses da classe trabalhadora deve considerar o caráter contraditório das políticas sociais existentes no sistema político e econômico, organizado de forma a favorecer a classe social dominante - a burguesia. Políticas e direitos sociais são temas essenciais para a formação em Serviço Social. Por ser uma profissão capacitada de forma teórica, técnica e ética para a viabilização ao acesso aos direitos da classe trabalhadora, com o objetivo de transformação societária, as políticas sociais ao mesmo tempo em que são formas de enfrentamento da questão social, também subsidiam a manutenção do *status quo*.

O segundo capítulo “*O movimento da Reforma Sanitária à constituição do Sistema Único de Saúde*” é focado na política social de saúde, inserida na Seguridade Social brasileira, regulamentada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8.080 de 1990. O processo de materialização e constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto de redemocratização do Brasil, foi impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária. Apresenta também, brevemente, formas de organização da atenção de saúde no SUS e as disputas políticas neste cenário. O trabalho profissional deve-se pautar a partir da concepção ampliada de saúde considerando os determinantes sociais no processo de saúde-doença para atenção integral em saúde, articulado com os princípios e diretrizes do SUS para a viabilização de direitos.

No terceiro capítulo “*O trabalho do Assistente Social na Alta complexidade do Sistema Único de Saúde e a vivência de estágio curricular*” aborda-se o trabalho na atenção de alta complexidade do SUS, a partir da relação entre a intervenção no período de estágio curricular e da investigação através de realização de pesquisa científica. A pesquisa é de extrema relevância para construir parâmetros do trabalho profissional “o que exige sistematizações e construções teóricas a partir da análise dessa mesma ação, viabilizando resgatar as particularidades de cada uma das áreas onde se insere o profissional e conseguindo estabelecer os nexos com a totalidade” (NOGUEIRA, p 106, 2010).

Este estudo intitulado: “*O acesso aos direitos sociais dos pacientes neurocirúrgicos no Hospital Cristo Redentor (HCR) de Porto Alegre*” é um projeto de pesquisa realizado no campo de estágio curricular. No que se refere à realização de análise de dados, não pôde ser concluída até a apresentação desta monografia. Por se tratar de pesquisa documental junto a prontuários, teve de passar por instâncias de aprovação tanto no Comitê de Ética (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) quanto no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), não chegando a tempo hábil para a sua finalização. Por isso, o tempo para as etapas de coleta de dados e análise dos resultados foi restrito aos meses de maio e junho de 2016. Neste trabalho serão apresentados os resultados preliminares, com o intuito de que a avaliação através da arguição da banca possa contribuir para a qualificação da mesma, tendo em vista a previsão de término do projeto de pesquisa no mês de novembro de 2016.

Esta pesquisa além de ser uma demanda do campo sócio-ocupacional é uma extensão e aprofundamento do Projeto de Intervenção realizado no período de estágio, no qual foi atendido o público no período de internação e uma parcela deste público foi

atendida no período pós-alta com o intuito de identificar o acesso aos direitos orientados durante a internação hospitalar.

Este estudo tem como objetivo conhecer como vem se constituindo o acesso aos direitos pelos pacientes internados na Unidade de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor após a alta hospitalar. Através de pesquisa qualitativa documental analisou-se os prontuários dos pacientes e documentos da equipe do Serviço Social do hospital, em busca de informações dos atendimentos realizados pelo Projeto de Intervenção no período de estágio curricular. A amostra da pesquisa constitui-se de pacientes com sequelas neurológicas graves, cujo período de internação foi entre o mês de agosto de 2014 a maio de 2015, com o público já descrito. O atendimento no hospital, além dos atendimentos prestados para o tratamento da doença neurocirúrgica, é um momento de fornecer orientações e informações para o encaminhamento do acesso aos direitos no período pós-alta. Afinal, a garantia de direitos é processo de caráter intersetorial. O exercício profissional não deve se esgotar na viabilização de acesso aos direitos, nem se restringir à resolução de necessidades imediatas dos usuários, devendo estar vinculado na direção do Projeto Ético-político profissional e do paradigma da Reforma Sanitária.

E por fim, esta monografia busca evidenciar os conhecimentos adquiridos no período de formação profissional, através dos processos interventivos e investigativos expressos na realização de intervenções e de pesquisa científica sobre o acesso aos direitos sociais de pacientes neurocirúrgicos. Conclui-se que a experiência apresentada foi extremamente positiva, contribuiu com estratégias para a qualificação do trabalho do assistente social nos serviços de alta complexidade do Sistema Único de Saúde, bem como oportunizou a realização de pesquisas no período de estágio curricular obrigatório, perspectiva apontada na Política Nacional de Estágios (ABEPSS, 2010), na conjugação estágio e pesquisa.

## **2 POLÍTICAS SOCIAIS E ACESSO AOS DIREITOS NO CONTEXTO CAPITALISTA: AS CONTRADIÇÕES E LIMITES PARA A EFETIVAÇÃO**

Não é fácil conceituar a política social, porque existem muitas definições a partir de diferentes autores que pretendem compreender e colocar em prática o conceito. É muito importante fazer este movimento com parâmetros não apenas científicos, mas éticos e cívicos. Afinal, a falta de definição coerente do que seja política social interfere

não só na credibilidade e na razão de ser da política, mas também na vida em sociedade, porque “[...] mediante a política social, é que direitos sociais se concretizam e necessidades humanas (leia-se sociais) são atendidas na perspectiva da cidadania ampliada” (PEREIRA, 2009). Cidadania esta que podemos compreender como:

O estado pleno de autonomia, quer dizer, saber escolher, poder escolher e efetivar as escolhas. E isto no Estado moderno, na sociedade moderna, significa dizer um cidadão pleno, consciente e ativo dos seus direitos, dos direitos individuais e dos direitos coletivos (LONARDONI; OLIVEIRA, 2009).

Porém, esta cidadania ampliada não é vivenciada plenamente pela população em um sistema econômico e político que não garante condições e oportunidades iguais para todos, como é o caso que se vivencia no Brasil. Há fortemente uma tendência à cidadania individual, que pressupõe a liberdade e a autonomia no mercado, de livre competição e tenham garantias mínimas para a livre manifestação de opiniões e da autorrealização de potencialidades. Para isso, é necessário ter o Estado como mediador atuando como um árbitro na sociedade e que reponha, sempre que necessário, os indivíduos no conjunto social (GONH, 2011).

O estudo das políticas sociais deve considerar as múltiplas causalidades, conexões e manifestações diversas. Do aspecto histórico o surgimento da política social se relaciona às expressões da questão social, possuem papel determinante na sua origem, mas dialeticamente também sofrem efeitos da política social. Do aspecto econômico é necessário estabelecer relações entre a política social e as questões estruturais da economia e os efeitos na produção e reprodução na vida da classe trabalhadora. Ou seja, as políticas sociais possuem um caráter histórico-estrutural. Do aspecto político preocupa-se em reconhecer e identificar as forças políticas em confronto (BEHRING; BOSCHETTI, p. 43, 2011).

Será considerada neste trabalho a perspectiva de política social como produto da relação dialeticamente contraditória entre capital e trabalho, ou seja, das relações de *estrutura, história* e princípios da *liberdade e igualdade* que regem os direitos de cidadania. Para isto, é fundamental compreendermos a Questão social como:

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2014, p. 27).

### Questão social que sendo desigualdade é também resistência, rebeldia:

[...] por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. E nesta tensão entre produção da desigualdade e produção de rebeldia e da resistência que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade (IAMAMOTO, 2014, p. 28).

No processo de formação e gênese da questão social encontram-se fenômenos com causalidades sociais, mas não naturais, embora aparentemente naturalizadas no curso dos acontecimentos. A questão social como particularidade no Brasil caracteriza-se por uma particularidade, pois o país não passou por um período feudal e sim, um período colonial antes do sistema capitalista, o qual se originou com a introdução do trabalho assalariado e com a industrialização, caracterizado pela economia exportadora e ingresso de capital financeiro internacional. Foi capitaneado pela produção de café no sudeste, pela extração da borracha na região norte, da cana-de-açúcar e do cacau no nordeste. Além disso, foi necessária a construção de portos e ferrovias para a expansão capitalista (SANTOS, 2012).

A luta de classes no Brasil esteve na maior parte da história sob regimes políticos antidemocráticos, importante traço para compreender as respostas do Estado e da classe dominante às expressões da questão social, expressões que se materializam através das necessidades e demandas da população. O período de regimes antidemocráticos e autoritários coincide com o período de efetivos progressos na legislação social, como no governo de Getúlio Vargas, caracterizado por uma cidadania regulada pelo poder público e na década pós-1966, através do não reconhecimento de direito e nem da capacidade da sociedade governar-se a si própria (SANTOS, 2012). Por isso, o papel político do Estado, na luta de classes se dá pela incorporação descaracterizada dos interesses da população. As expressões da questão social eram tratadas, e ainda o são, como manifestações pessoais e de incivilidade, os casos de política tornando-se casos de polícia. Como por exemplo, o desemprego ou a luta por direitos trabalhistas, sendo tratados como merecedores de assistência privada ou de cunho religioso, passando gradativamente para ações do Estado, mas ainda com o aspecto de solidariedade ou de controle, e não de direitos de cidadania (WOLFF, 2015).

No desenvolvimento do modo de produção capitalista a classe trabalhadora está sujeita a processos de *alienação*, ou seja, que por tradição e costume aceita as

exigências da burguesia como leis naturais e passam a não reconhecer-se no produto de seu trabalho. Então, “entender a questão social é, de um lado, considerar a exploração do trabalho pelo capital e, de outro, as lutas sociais protagonizadas pelos trabalhadores organizados em face desta premissa central à produção e reprodução do capitalismo” (SANTOS, p 133, 2012).

A política social é terreno de relações simultaneamente antagônicas e recíprocas, que não será restrita à ideia pragmática de provisão ou alocação de decisões do Estado e aplicada verticalmente na sociedade. A política social se mostra simultaneamente positiva e negativa, beneficiando interesses contrários a partir das correlações de força existentes na sociedade, ou seja, é fruto da desigualdade social e ao mesmo tempo também é resistência. Compreende-se, então, que o campo das políticas sociais se define como uma esfera de atividades e interesses, que exige conhecimento do que se pretende atingir, de estratégias e meios eficientes para a organização, de amparo legal e recursos humanos capacitados. Mesmo que a política social nem sempre produza qualidade de vida e dignidade humana, considerando as limitações da sociedade organizada em classes, este é o objetivo maior ou não faria sentido o termo “social”. E para isto, é necessário lidar com diferentes forças e agentes em disputa por recursos (PEREIRA, 2009).

As políticas sociais foram surgindo gradualmente e de formas diferentes entre os países, pois dependia da forma como os movimentos de pressão da classe trabalhadora se organizavam, do grau de desenvolvimento das forças produtivas e da correlação de forças no Estado. Mas há unanimidade entre os autores que foi no final do século XIX em que o Estado capitalista passou a assumir e realizar ações sociais de forma planejada, ampla e com caráter de responsabilização (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). O que está estritamente relacionado com a construção dos direitos sociais, que teve seu início no período de transição para a sociedade capitalista, marcada pela luta dos sujeitos violados, a classe trabalhadora.

A contribuição para a melhoria nas condições de vida e trabalho da classe trabalhadora é necessária, porque a partir do processo de industrialização (final do século XVIII) as modificações na forma de produção foram acontecendo nos países europeus e na América do Norte, resultando maior precariedade nas condições de vida da classe trabalhadora como: fome, frio, habitações precárias, inexistência de qualquer forma de saneamento, doenças de todo o gênero, abuso de álcool, que são inerentes ao processo de produção e de organização da classe burguesa (WOLFF, 2015). Essas



expressões da questão social são presentes até os dias de hoje e sendo extremamente necessária a melhoria nas condições de vida e trabalho da classe trabalhadora, mesmo com as limitações impostas pela organização societária. Neste sentido, Wolff (2015) explica que as lutas sociais tiveram o poder de extrapolar a questão social para a responsabilidade pública, no reconhecimento e legalização dos direitos e deveres da população, o que pode ser considerado uma vitória.

Então, a partir de lutas sociais foi-se incorporando a ideia de responsabilização do Estado e medidas importantes foram criadas. Desde a Constituição Federal Brasileira de 1934, há a introdução dos direitos sociais no contexto legal, contemplando as condições de trabalho, jornada diária de trabalho de oito horas, salário-mínimo, férias remuneradas, repouso semanal, indenização por dispensa sem justa causa e assistência médica ao trabalhador e à gestante trabalhadora (WOLFF, 2015). Contudo, a existência dos mesmos, não se traduz necessariamente em garantias efetivas, tendo em vista a grande fratura que existe entre estes dois pontos. No contexto brasileiro nesta época não foi tomada nenhuma medida real, o que veio a ocorrer apenas no Estado Novo – um golpe de estado conhecido como Era Vargas, no período de 1937 a 1945, com a criação do Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio, do Ministério da Saúde Pública e Educação. Nesta época avançou-se nos direitos trabalhistas e direitos civis, considerados como: o direito à vida, à liberdade de pensamento e fé, o direito de ir e vir, a liberdade de imprensa e a igualdade perante a lei, traduzida pelo direito a um processo legal, ao habeas corpus e de petição. Em relação a esses direitos, “[...] a eles foram agregados os direitos políticos, que se traduzem pelo direito de votar e ser votado, direito à associação e à organização, presentes na sociedade a partir do século XIX” (COUTO, p. 47, 2004). Assim a generalização dos direitos políticos:

[...] é resultado da luta da classe trabalhadora e, se não conseguiu instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para tencionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo a partir do final do século XIX e início do século XX (BEHRING; BOSCHETTI, p. 64, 2011).

Com o Estado incorporando parte das reivindicações sociais, ampliou-se a base legal da cidadania por meio de uma intensa legislação social e sindical. Entretanto, não significa que o recurso da repressão aos trabalhadores no processo histórico brasileiro tenha sido abandonado, além disso, os trabalhadores rurais e a população desempregada foram excluídos desse rol de direitos sociais. Santos (2012) afirma que a repressão à

classe trabalhadora deve ser entendida em dois sentidos, o primeiro é referente à violência física e o segundo ao paternalismo e ao mandonismo, arraigados na constituição ideopolítica das classes subalternas. Segundo a autora, seria alimentada a cultura da dependência e do favor, principalmente na Era Vargas, como se os direitos trabalhistas fossem dívidas do Estado e não resultado e produto das lutas da classe trabalhadora. Verifica-se que essa cultura da dependência e do favor que desvirtuam o caráter de direito ainda é muito presente na sociedade, onde se desconsideram as determinações da vida social em sua totalidade, provocando a não efetivação das leis. Acredita-se que sem o olhar crítico para a realidade, os direitos correm o risco de se converterem em um fim em si próprios, já que são as lutas cotidianas que constroem e reconstroem alternativas efetivas na sociedade em que vivemos para o alcance da dignidade humana (WOLFF, 2015).

Portanto, devemos afirmar os direitos sociais como resultados de movimentos e lutas sociais, uma vez que objetivam a visualização e compreensão pelo Estado sobre as demandas da população, produzidas socialmente sob o sistema capitalista vigente (LONARDONI; OLIVEIRA, 2009). Na esfera dos direitos entende-se que os direitos do sujeito são históricos, emergiram gradualmente das lutas que travavam para sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que essas lutas reproduzem (BOBBIO, 1992), por isso se faz necessário compreender:

[...] o movimento que constrói os direitos, sejam eles civis, políticos ou sociais, torna-se fundamental para pensá-lo como estratégia de enfrentamento das desigualdades sociais, abdicando da ideia simplista de que seus fundamentos poderiam estar determinados apenas pela lógica da manutenção da sociedade capitalista ou aprioristicamente, baseados na concepção de natureza humana e deslocados do movimento social. Compreender que a criação, a negação, a expansão e a retração dos direitos são constituintes de um processo, onde participam os mais diferentes sujeitos sociais (COUTO, 2004, p. 38).

É de extrema importância conhecer e participar da luta dos movimentos sociais para a garantia de direitos em um contexto de contrarreforma e influência neoliberal, que impulsiona a retração do Estado na sua responsabilidade de garantidor de direitos. Assim como os direitos sociais, os direitos humanos também são resultado de processos de luta da classe trabalhadora e devem ser incorporados nas políticas sociais, o que segundo Wolff (2015) exige olhar para a realidade, a fim de buscar a concreticidade vivida e enfrentada pelos sujeitos. São processos históricos que definem conquistas particulares e novas mediações para atingir a dignidade humana. Isto pode ser

demonstrado a partir da luta por direitos dos sujeitos históricos como índios, negros e mulheres, pois são sujeitos aos quais foi imposto o paradigma da tutela a partir de um discurso disciplinador, necessário à sociedade capitalista.

Os direitos humanos, em 1948, promulgam a Declaração Universal dos Direitos Humanos, produto de convergências e divergências entre os Estados, mas com a marca do Mundo Ocidental. Os artigos 1º e 2º trazem os princípios da liberdade, da igualdade, da não discriminação e da fraternidade; entre o artigo 3º e o 21º, estão descritos os direitos individuais, como os direitos à vida, à segurança pessoal e à dignidade. Ainda estão previstas as proteções contra a tortura, as penas arbitrárias e os possíveis abusos de poder, a liberdade no sentido do direito às liberdades de consciência, de pensamento, de crenças, de expressão, de reunião, de associação e participação no processo político e funções públicas (ONU, 1948). Esta declaração é o principal instrumento no âmbito internacional relativo a direitos. A partir disso, inúmeros direitos passaram a ser definidos por pactos ou declarações.

Contudo, os direitos humanos passaram a ser reduzidos a um discurso legitimador da nova classe dominante e utilizados como justificativa para novos domínios e exploração em prol de uma nova configuração societária. A legitimação e ascensão da classe burguesa como classe dominante ocorrem pela hegemonia, que em Gramsci refere-se:

[...] tanto ao processo em que uma classe torna-se dirigente, quanto à direção que uma classe no poder exerce sobre o conjunto da sociedade. A hegemonia (que não se confunde com mera dominação) expressa a direção e o consenso ideológico (de concepção de mundo) que uma classe consegue obter dos grupos próximos e aliados (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 47).

Por isso, os direitos são resultados de processos contra-hegemônicos, de conscientização da classe trabalhadora, a fim de que suas necessidades fossem atendidas. Isso se refere ao processo de transferência da “classe em si” para “classe para si”. A “classe em si” é constituída:

[...] pela população cuja condição social corresponde com determinado lugar e papel no processo produtivo, e que, independentemente de sua consciência e/ou organização para a luta na defesa de seus interesses, caracterize uma unidade de interesses comuns em oposição aos de outras. Não representa necessariamente um momento “imaturo” da formação das classes, mas uma dimensão da sua constituição e da análise social (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 97).

Já o significado de “classe para si” seria “[...] outra dimensão possível da constituição e da análise da classe. Conforma uma classe para si aquela que, consciente de seus interesses e inimigos, se organiza para a luta na defesa destes” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 97). Este foi o processo pelo qual operários, camponeses e trabalhadores desempregados se organizaram e lutaram pela construção e ampliação dos direitos sociais como resposta as suas demandas. Além disso, segundo Wolff (2015), foi um processo para a superação da visão abstrata do direito natural e a visão idealista, metafísica e individualista do homem, para compreendê-lo em sua existência real, como membro de uma determinada classe social, vivendo em um momento histórico específico.

As políticas sociais através dos direitos sociais e dos direitos humanos devem-se direcionar, ao elaborar os objetivos, estratégias e meios de organização para a superação desta visão abstrata e atingir a visão do real. Para isso, é importante o processo de consciência de sujeitos que é atingida na coletividade dos sujeitos. Os empecilhos e entraves tanto ideológicos quanto materiais existentes para a concretização dos direitos sociais podem ser compreendidos a partir da mercantilização da política social, sob a influência do neoliberalismo. Nesta lógica, o direito passa a dar lugar ao mérito individual em detrimento à justiça distributiva, além da negação da interferência do Estado nas questões sociais, consideradas de responsabilidade da sociedade civil e do mercado. Portanto, o Estado passa a se desresponsabilizar a partir dos cortes de gastos públicos, pela expansão de políticas sociais compensatórias e focalizadas nos setores de extrema pobreza, além de aumentar a procura do sistema judiciário para a garantia de direitos (PEREIRA, 2009).

Para a compreensão dos direitos sociais é necessário entender a desigualdade social advinda da sociedade capitalista e os limites para a realização de processos realmente justos e igualitários, levando-se em conta a enorme distância entre os princípios legais que defendem a igualdade, e a prática. Porém, o reconhecimento desses limites não invalida:

[...] a luta pelo reconhecimento e afirmação dos direitos nos marcos do capitalismo, mas sinaliza que a sua conquista integra uma agenda estratégica da luta democrática e popular, visando à construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Essa conquista no âmbito do capitalismo não pode ser vista como um fim, como um projeto em si, mas como via de ingresso, de entrada, ou de transição para um padrão de civilidade que começa pelo reconhecimento e garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 195).

Portanto, as políticas sociais não possuem o poder da transformação social na totalidade, mas realizam transformações singulares na vida da classe trabalhadora, pois os direitos sociais permitem acesso parcial aos bens socialmente produzidos, sob a ótica desigual em que vivemos. Ao garantir direitos, as políticas sociais contribuem para a melhoria nas condições de vida da classe trabalhadora, mesmo que não possam alterar a estrutura societária (CFESS, 2010). Nesse sentido, os direitos são conquistas e não dádiva, por isso eles são dinâmicos e exigem constante modificação, sendo conquistados e reconquistados diante das relações de poder e dominação que o cercam (LONARDONI; OLIVEIRA, 2009). As políticas da Seguridade Social, com marco legal a partir da Constituição Federal de 1988, são resultado de disputas políticas, incorporando demandas do trabalho e impondo limites, mesmo que parciais, à economia do capital.

A categoria profissional, inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, deve direcionar o trabalho na perspectiva de acesso aos direitos sociais, humanos e civis à classe trabalhadora, representado pelo 3º Princípio Fundamental no Código de Ética profissional, que se refere a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, p. 23, 1993). Além disso, o trabalho tem sua função pedagógica, na organização de espaços coletivos como dispositivos para o protagonismo e autonomia dos sujeitos. Para isso, é importante a consciência de classe pelo trabalhador assistente social que deve compreender a sua participação neste contexto. Em qualquer espaço sócio-ocupacional o processo de institucionalização é muito presente, devendo o profissional estar atento a essas amarras a fim de problematizar o instituído e superar ações de caráter conservadora. Sem esquecer que o Serviço Social é para o usuário e não apenas para a instituição, sendo necessária a mediação entre esses interesses.

## 2.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PERSPECTIVA DE ACESSO AOS DIREITOS

Para debater o trabalho do assistente social a partir da perspectiva de acesso aos direitos, é importante a contextualização no sistema capitalista vigente, o qual transforma esta perspectiva de acesso e garantia de direitos em um processo complexo e contraditório. Na vida em sociedade, o trabalho – característica ontológica do ser social,

que é natural e inerente à sua existência – na perspectiva marxista não é restrito a uma atividade laboral, mas a significação dessa atividade que permeia toda a totalidade. Refere-se à capacidade física e mental do trabalho que media o processo de formação e transformação, da natureza e da sociedade contribuindo para a reprodução da vida social, que é de caráter material (WÜNSCH; MENDES, 2014). Portanto, é a partir do trabalho que se realiza o processo de transformação da natureza e de si mesmo. A realização de suas necessidades é um processo natural enquanto ser social histórico (BARROCO, 2008).

O trabalho é central na vida em sociedade e o modo de produção existente é determinante para as relações sociais. Então, ao adquirir novas forças produtivas, o homem transforma o modo de produção e com isso altera a maneira de ganhar capital, necessário para o sustento das necessidades materiais, modificando com isto todas as relações sociais (NETTO, 2011). Nesse sentido, o trabalho profissional se concretiza a partir da inserção em um processo de trabalho e que exigirá:

[...] uma problematização atualizada sobre os elementos que o compõe. Tratando-se do elemento a atividade em si, como constitutivo do processo de trabalho, este refere-se ao trabalho como força de trabalho especializada. Assim exige pensar que a contratação desse trabalho relaciona-se, fundamentalmente, aos objetivos e papel profissional do Assistente Social, expectativa institucional, demandas institucionais e da população, e a particularidade/especificidade profissional, em determinado espaço sócio-ocupacional (WÜNSCH; MENDES, 2014, p. 74).

Este trabalho deve compreender o “planejamento como uma decisão de planejar, o movimento de reflexão-decisão-ação-reflexão [...]” (BAPTISTA, 2000, p.79) a partir da elaboração do Projeto Profissional, que deve estar articulado ao Projeto Ético-político (PEP) profissional, construído pela categoria dos assistentes sociais. O PEP tem como pilares o Código de Ética Profissional (1993), a Lei de Regulamentação nº 8.662/93 que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências e as Diretrizes Curriculares. Sua gestão se deu em um espaço sociopolítico contraditório a partir das disputas por projetos societários e profissionais. As ideias neoliberais deram sustentação a posturas conservadoras na própria categoria (REIDEL, 2014). O PEP é para os assistentes sociais o conjunto de competências, habilidades, atribuições, condutas éticas contribuindo para a operacionalização crítica e reflexiva sobre os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais estão inseridos. Porém, não está só articulado ao campo sócio-ocupacional, mas ainda a questões amplas, de totalidade,

sobre um projeto de sociedade que não se sustente na desigualdade social. Isto se mostra necessário diante de contextos contraditórios, relacionando e mediando a demanda institucional com as demandas dos usuários do serviço.

O reconhecimento da questão social como objeto de trabalho ancorado nos princípios do projeto ético-político profissional demanda uma postura de perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais (CFESS, 2010). Estas determinações se expressam na vida dos sujeitos, e são trazidas pelos usuários dos serviços, que o Estado é responsável em intervir. Por isso, a inserção dos assistentes sociais se dá majoritariamente nas políticas públicas, principalmente, nas políticas sociais inseridas na Seguridade Social brasileira. Há uma semelhança histórica entre a profissão e o processo de criação e recriação das políticas sociais. O Serviço Social surge a partir da profissionalização da filantropia, com a função de redistribuição social da renda e a busca pelo aumento dos níveis e da qualidade de vida da população. A profissão surge no Brasil no ano de 1930, para a regulação dos conflitos sociais no contexto de movimentos da classe trabalhadora impulsionados pela expansão industrial-urbana. O Serviço Social se operacionalizava através da Igreja Católica e tinha o Estado e o empresariado como aliados.

A formação em Serviço Social se inicia no Brasil com a Escola de Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), em 1936. Porém, a institucionalização do Serviço Social se intensifica no período pós-guerra pelo crescimento da demanda profissional em instituições empresariais e filantrópicas. A profissão exercia o papel na formulação de políticas sociais no âmbito privado, nas áreas da saúde e previdência, educação do trabalhador, família e comunidade, assistência, sistema penal, empresa e infância e adolescência (SOUZA, 2008). Diante deste contexto, a categoria profissional viu-se desafiada à leitura crítica da realidade, que foi possível a partir do avanço que a profissão foi adquirindo a partir dos anos de 1990 na busca pelo rompimento com práticas conservadoras, já que as respostas diante das expressões da questão social se apresentavam insuficientes e não condizentes com a realidade brasileira, afinal se obtinha um Serviço Social tripartido (caso, grupo e comunidade) influenciado por princípios norte-americanos.

A realização do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em 1979 foi um marco na ruptura com o conservadorismo profissional fruto da luta da categoria profissional, como processo de organização política-profissional que militavam na luta sindical e organizações operárias, resultando assim:

[...] uma nova direção de um Serviço Social crítico que acompanhou o protagonismo dos sujeitos sociais através de sua luta e mobilização política nos diferentes movimentos sociais pela causa da democracia, pela aprovação da Constituição Federal de 1988, pelo envolvimento da categoria na resistência ao governo Collor, que resultou em seu afastamento, na elaboração do quarto código de ética profissional (1986) que, pela primeira vez, evidenciou, em seu conteúdo a opção da categoria por uma prática profissional comprometida com os interesses da classe trabalhadora (REIDEL, 2014, p.30).

A categoria atinge então, nos anos 90 a maioria intelectual ao negar o conservadorismo, expresso na criação da Lei de Regulamentação da profissão (Lei 8.662/1993), Código de Ética (1993) e Diretrizes Curriculares (1999). E ainda passa a adotar a teoria social crítica de Marx como vertente teórico-metodológica da profissão por compreender que este método é o que explica a realidade concreta e propõe soluções condizentes para a desigualdade social advinda do capitalismo. É necessário apreender a dialética que existe na realidade com suas diversidades e singularidades, compreender o ser social no seu processo histórico-materialista, obtendo como centralidade as relações sociais na categoria trabalho, a principal categoria do ser social. A teoria social crítica subsidia ao realizar a leitura crítica da realidade, com métodos que consideram tanto as questões concretas quanto as subjetivas. Essa teoria analisa estritamente a realidade e suas determinações na sociedade, a qual:

[...] não tem objetivos nem finalidades; ela apenas dispõe de existência em si, puramente factual. No entanto, a mesma teoria sublinha que os membros da sociedade, homens e mulheres, sempre atuam teleologicamente – isto é: as ações humanas sempre são orientadas para objetivos, metas e fins. A ação humana, seja individual, seja coletiva, tendo em sua base necessidades e interesses, implica sempre um projeto que, em poucas palavras, é uma antecipação ideal da finalidade que se pretende alcançar, com a invocação dos valores que a legitimam e a escolha dos meios para lográ-la (NETTO, p. 2, 1999).

Em contrapartida, se identifica até os dias de hoje, um movimento conservador da categoria a esta tendência de ruptura com o conservadorismo. Demonstra-se o caráter hegemônico, mas não consensual deste movimento, que questiona a teoria social crítica como insuficiente para os desafios postos à profissão.

O processo de criação e amadurecimento da profissão também foi acompanhado pelas diversas visões sobre Política Social, ainda presentes na categoria profissional. Entre estas visões existe: o tratamento da política social como solução para a



desigualdade social, sem levar em conta a estrutura do capitalismo e apostando no *Welfare State* para a concretização da distribuição de renda; outra visão de que a política social serve para a regulação de conflitos, em busca pela legitimação e de consensos em resposta às pressões dos movimentos sociais. Há, ainda, outra visão a partir de um ecletismo teórico, o de assumir a tradição marxista, mas sem assumir as principais consequências propostas (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). A partir de uma interlocução crítica que envolveu diversos autores reconhecidos pela profissão, realizada no início dos anos 90, fez avançar e precisar os termos sobre a discussão de política social dentro da categoria. Além disso, ampliou a compreensão da natureza da ação política e profissional dos assistentes sociais neste campo, realizando um processo ainda maior de maturação do Serviço Social brasileiro. O tema da Política Social tanto no cenário brasileiro quanto internacional tem sido central no debate profissional e na busca de conhecimento e aprimoramento do trabalho a partir de pesquisas no âmbito da formação profissional.

O trabalho direcionado à perspectiva de acesso aos direitos necessita desvendar a realidade concreta do objeto (questão social), que pressupõe o conhecimento das suas múltiplas determinações, sendo que as mais simples estão postas no nível da *universalidade*. Mas, na *imediatez* do real, elas mostram-se como *singularidades*, exigindo o movimento de aproximações sucessivas, de mediações, para a compreensão da *particularidade* (NETTO, 2011). Ou seja, no atendimento direto ao usuário é preciso fazer o movimento de mediação para identificar as expressões e as múltiplas determinações da questão social, problematizá-las, analisá-las e fazer os encaminhamentos necessários, sem culpabilizá-los pela situação de vulnerabilidade social, por compreender que isto é inerente ao sistema capitalista.

O trabalho deve-se pautar não apenas na dimensão teórico-metodológica, mas também pela dimensão técnico-operativa a partir dos instrumentos, ou seja, são meios como a entrevista, a observação, a visita domiciliar, a reunião e entre outros que possibilitam a capacidade de identificação e de entendimento das condições materiais de vida e das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil. Além disso, se faz necessário o reconhecimento e fortalecimento dos espaços e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva de estratégias políticas e técnicas para transformação da realidade e formas de pressão sobre o Estado, a fim de garantir recursos financeiros, técnicos e humanos para garantia e ampliação dos direitos sociais (CFESS, 2010) são ações necessárias na dimensão

ético-política, a qual pressupõe o compromisso e a intencionalidade de defesa dos interesses da classe trabalhadora.

Referente à dimensão ético-política, o trabalho deve se pautar no processo reflexivo sobre o Projeto Ético-político, que significa considerar a relação entre projeto profissional e projeto societário. O profissional pertencente à classe trabalhadora pode ter seu projeto profissional compatível ou contraditório de seus ideais (REIDEL, 2014). Em relação aos projetos societários, Netto explica que:

[...] são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade. Somente eles apresentam esta característica – os outros projetos coletivos (por exemplo, os projetos profissionais) [...] não possuem este nível de amplitude e inclusividade (1999, p. 2).

Pode-se inferir que os projetos profissionais apresentam a autoimagem da profissão, com os valores que a legitimam socialmente, com a delimitação dos objetivos e funções, os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, as normas para o comportamento dos profissionais e as bases das relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as instituições sociais (privadas e públicas) (NETTO, 1999).

Ainda sobre a dimensão ético-política, a qual se relaciona com as demais dimensões através do pensamento crítico e na atitude reflexiva de criação de estratégias, na definição de finalidades da ação planejada e no compromisso em alcançá-las. Explica Lewgoy (2010) que o projeto profissional se orienta pelas questões: “Para quê? Para quem? Por quê? Como?”. A autora esclarece ainda que a dimensão teórico-metodológica encontra-se na interlocução entre história, teoria e método, o que exige a apreensão de um conhecimento que decifre a realidade em seu movimento dialético, no qual se engendra a totalidade das relações sociais que sustentam a sociedade.

Por fim, a dimensão técnico-operativa é definida como a capacidade que a profissão vem adquirindo historicamente de responder às demandas da sociedade capitalista e às requisições socioinstitucionais. No projeto é representada pelas perguntas: “Como fazer? Para que fazer?” conectando os meios às finalidades. O trabalho na perspectiva de acesso aos direitos pressupõe a competência de articulação e indissociação das três dimensões que balizam a profissão.

As políticas sociais como espaço sócio-ocupacional demandam do assistente social não apenas a execução, mas também, a elaboração e gestão das mesmas. Por isso, o profissional possui um importante papel ao avaliar as políticas sociais existentes.

Segundo Jannuzzi (2013), a avaliação refere-se aos procedimentos técnicos de produção de informação e conhecimento, em perspectiva interdisciplinar, para implementação e validação de programas e projetos sociais, por meio das diferentes abordagens metodológicas da pesquisa social, através de um levantamento consistente, sistemático e replicável de dados, informações e conhecimentos para aprimoramento da intervenção.

Com isso, é possível buscar garantir o cumprimento dos objetivos de programas e projetos (eficácia), para além dos públicos-alvo atendidos (efetividade) e custos condizentes com a escala e complexidade da intervenção (eficiência). Contudo, é preciso considerar que a “redistribuição por via das políticas sociais não é suficiente sequer para compensar as desigualdades socioeconômicas e políticas geradas inicialmente no mercado ou na esfera produtiva” (PASTORINI, 2009). Portanto, acredita-se que as políticas sociais devem ser pensadas sob uma perspectiva de totalidade, estrutural e histórica e analisadas como instrumentos que desempenham várias funções (social, econômica e política).

Os assistentes sociais neste contexto, ao contribuir para a viabilização de direitos sociais, favorecem a melhoria das condições de vida e trabalho da população. Nesta perspectiva, como já afirmado anteriormente, analisam-se os direitos sociais, concebidos no sistema capitalista como o resultado de disputas políticas porque incorporam demandas do trabalho e impõem limites, ainda que parciais, à economia política do capital (CFESS, 2010). Apesar das contradições existentes na sociedade e na materialidade dos direitos, o trabalho do assistente social vem garantindo o acesso à informação sobre processo para o alcance dos direitos sociais. Nesse sentido socializar informação é o meio de contribuir para a garantia de direitos e precisa ser articulado com o processo reflexivo junto à população usuária (WÜNSCH; MENDES, 2014).

A concretização e garantia do acesso ao direito vai além do exercício profissional do assistente social e da política a qual está inserida. Afinal, os direitos sociais necessitam de um olhar intersetorial e interprofissional. O acesso à informação é o primeiro passo para a garantia de direitos, necessitando atenção e comprometimento por parte da categoria profissional. Afinal, a luta por direitos é caracterizada a partir de: “[...] um processo de construção coletiva, exigindo o resgate do protagonismo, transformando os usuários em sujeitos potencialmente revolucionários, onde situamos a importância do trabalho do Serviço Social e suas contribuições” (LONARDONI & OLIVEIRA, 2009, p. 6).

Em relação ao processo de construção coletiva, o trabalho profissional pressupõe ação de reflexão junto ao usuário, para o auto reconhecimento como sujeito de direitos em esfera subjetiva e objetiva, assim como, o conhecimento dos direitos sociais existentes e meios para acessá-los. Esta reflexão coletiva deve atingir também o reconhecimento de pertencimento à classe trabalhadora, na divisão sócio-técnica do trabalho, pois, acredita-se que o Serviço Social,

[...] enquanto interlocutor capaz de mobilizar as capacidades e as forças sociais deve localizar as potencialidades dessa população enquanto agentes de transformação, desenvolvendo suas capacidades e possibilidades de articulação, revestidos de poder de pressão para transformar as relações sociais (LONARDONI E OLIVEIRA, 2009, p. 9).

Portanto, considera-se que o perfil do assistente social para trabalhar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras tratando as situações sociais como problemas pessoais com resolutividade no âmbito individual (CFESS, 2010). O trabalho do assistente social na perspectiva de acesso aos direitos deve-se pautar no desvendamento das múltiplas determinações da questão social, com ações articuladas pelas três dimensões que balizam a profissão, a partir do projeto profissional. Exige ainda o fortalecimento dos espaços e organização dos trabalhadores para defesa e ampliação dos direitos. Porque a viabilização de direitos no contexto capitalista contribui para a melhoria nas condições de vida e trabalho da população, através do trabalho intersetorial e interprofissional.

A política social da Saúde, organizada no Brasil pelo Sistema Único de Saúde é fruto de disputas políticas e correlações de forças, impulsionadas pelo movimento social da classe trabalhadora, na época de redemocratização do país, o que representa uma demanda da população transformada em política, ou seja, através do reconhecimento como direito social. A política de saúde é a única política social de caráter universal, ou seja, todo cidadão tem direito ao acesso gratuito a serviços de saúde. Porém, como toda política social há suas contradições e entraves para garantir no cotidiano de trabalho o que foi legitimado pela legislação. O trabalho do assistente social na alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a perspectiva de acesso aos direitos sociais, exige para sua compreensão a contextualização histórico-crítica da época de criação do SUS no Brasil.

### **3 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA À CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Por volta dos anos 80, o Brasil passava por uma grave crise econômica, política e social, que agravou as condições já precárias de vida da população brasileira. O Estado se viu incapaz de financiar o setor da saúde. O campo acadêmico, os movimentos sociais e as categorias profissionais denunciaram as condições de saúde da população e o autoritarismo do regime militar vigente até 1985. Comprometidos com mudanças, propuseram alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tendo como componentes essenciais a descentralização, a universalização e a unificação no setor. Esse movimento conhecido como “Movimento da Reforma Sanitária” impulsionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, para melhor compreender o que foi o Movimento Social da Reforma Sanitária no Brasil, é preciso contextualizar o cenário brasileiro desde a época da ditadura militar e analisá-lo à luz do materialismo histórico-dialético de Karl Marx.

A ditadura militar brasileira foi instituída com a promessa de fortalecer a economia, reestabelecer a ordem e de que o regime democrático voltaria em pouco tempo. Porém, os militares permaneceram no poder por mais de vinte anos e as consequências são visíveis até os dias de hoje. Em relação à economia, houve abertura ao capital estrangeiro e contenção de gastos contribuindo para o crescimento da economia no país. No entanto tal crescimento,

[...] não se traduzia na melhoria das condições de vida de grande parte da população. Concentração de renda, perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, aumento dos preços, crise nos serviços públicos de transporte e de saúde eram o preço pago por um modelo econômico que privilegiava o desenvolvimento a partir da concentração da riqueza (PAIVA; TEIXEIRA, 2013, p.19).

Ou seja, a ditadura militar obteve o crescimento econômico prometido, porém, não houve uma distribuição igualitária das riquezas, pelo contrário, aumentou a concentração de riqueza para a burguesia, enquanto a classe trabalhadora não tinha nem o direito de expressão, de ir e vir, de utilizar os espaços públicos, dentre vários outros direitos violados. As pessoas que questionavam estas condutas repressoras e abusivas acabaram por ser torturadas e/ou mortas. Este contexto da ditadura se espalhou pela América Latina. Segundo Paiva e Teixeira (2013), o fim do ciclo de grande crescimento econômico, as tensões sociais e diversas formas de mobilização popular se ampliaram, com objetivo de transformações políticas e mudanças nas condições sociais de vida da

população, iniciando o processo de redemocratização do Brasil. Nesses campos, político e social, foi um período de proibição de greves, os opositores ao regime tiveram seus direitos cassados e houve uma reformulação do sistema político com o bipartidarismo e a submissão do Congresso aos interesses do Executivo - com os decretos de atos institucionais<sup>1</sup>.

O sistema público de saúde brasileiro, naquela época, era constituído pela duplicidade de um sistema da medicina previdenciária (pertencentes aos institutos de pensão) que obtinha ações voltadas para a saúde individual dos trabalhadores formais nas zonas urbanas. Já a saúde pública estava organizada pelo Ministério da Saúde (MS) e direcionada majoritariamente às zonas rurais e à população mais empobrecida, com atividades de caráter preventivo. Esse período foi marcado pela crise de recursos da saúde pública e pela incapacidade de ação do MS. Nos anos de 1970, foi-se perdendo o consenso dos papéis desempenhados pelo Estado, como provedor direto de serviços básicos como a previdência social, saúde, assistência social e educação. No âmbito da saúde, a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) apontava para um preocupante quadro sanitário, o qual acompanhava uma baixa cobertura assistencial e disseminação de doenças. Nesse período já se obteve maior articulação do MS, o qual passou a ampliar os repasses de verbas para os estados e a desenvolver projetos de controle de algumas doenças, como a hanseníase, a tuberculose e o câncer. Os debates sobre a saúde ocorreram nesse cenário e resultaram em grandes transformações políticas e sociais, tendo em vista que:

[...] em 1975, o regime instituía, por meio da lei n. 6.229, o Sistema Nacional de Saúde. A literatura que analisa esse período identifica na proposição desse sistema de saúde uma iniciativa que terminaria por consolidar, no MS e no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária (PAIVA; TEIXEIRA, 2013, p.20).

A intenção era de que a saúde passasse a servir a população em geral independente de contribuição previdenciária ou independente se vivia em condições de pobreza nas zonas rurais. Porém, com a criação do Sistema Nacional de Saúde, se evidenciava uma questão central para gestão do SUS - e permanece até os dias de hoje -, que constitui uma das problemáticas mais emergentes para o pleno funcionamento do

---

<sup>1</sup> Normas elaboradas no período de 1964 a 1969, durante o regime militar. Foram editadas pelos Comandantes-em-Chefe do Exército, da Marinha e da Aeronáutica ou pelo Presidente da República, com o respaldo do Conselho de Segurança Nacional. Esses atos não estão mais em vigor.

sistema, que é a falta de coordenação e sintonia entre sistema de formação de recursos humanos no país e as necessidades epidemiológicas e de atenção à população, observadas nos serviços de saúde. A partir daí, novas ideias e práticas de saúde, em torno de uma reforma sanitária brasileira, dão origem ao movimento na segunda metade dos anos 70, período esse que coincidiu com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e, mais tarde, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), atualmente conhecida como Associação Brasileira de Saúde Coletiva, neste sentido:

[...] o processo de formação de atores e instituições identificados com mudanças radicais no sistema de saúde então vigente também relaciona-se com um conjunto de aspectos que vão do desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva a partir da década de 1950 ao fortalecimento de uma visão contrária ao regime autoritário que via, na sua derrocada, a única forma de construção de um sistema de saúde eficiente e democrático (PAIVA; TEIXEIRA, 2013, p.21).

Este processo de formação, principalmente no campo da Medicina, direcionou-se para a teoria social crítica, que contribuiu para a problematizar e refletir sobre mudanças necessárias para um sistema de saúde qualificado. Então, os membros do nascente movimento da reforma sanitária estavam orientados ideologicamente à esquerda e eram favoráveis à prestação estatal de serviços de saúde e procuraram mudanças progressivas na organização do sistema de saúde brasileiro. Uma das ações foi à criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), vinculado ao MS, como iniciativa de investimentos para expansão da cobertura dos serviços médicos nas áreas rurais, e viabilizar a regionalização da atenção e da assistência médica descentralizada e hierarquizada nos cuidados primários em saúde. Mas, para isso, foi preciso requerer a formação e capacitação de pessoal técnico e auxiliar. Então, criou-se o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps) (PAIVA; TEIXEIRA, 2013).

A Abrasco e o Cebes denunciaram, na época, políticas de controle de doenças, notadamente transmissíveis, a divisão entre saúde pública e medicina previdenciária e o autoritarismo. Por isso, no primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde foi aprovado um documento que estabelecia os princípios centrais adotados pela reforma sanitária: o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático, a promoção de saúde e melhoria na qualidade de vida e, fundamentalmente, a necessidade de

integração entre saúde previdenciária e saúde pública. Nesse sentido, a agenda de reivindicações relaciona-se com o processo de crise da ditadura a partir do movimento de redemocratização do Estado e instâncias decisórias (PAIVA; TEIXEIRA, 2013).

Tanto o movimento dos profissionais de saúde, como o movimento popular, tiveram grande importância na ampliação sobre a discussão da reforma da saúde, contribuindo na formatação do movimento da reforma sanitária, principalmente na atuação dos grupos na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Denominaram-se de Ações Integradas de Saúde (AIS) o conjunto de medidas de regionalização e hierarquização, que procurou interligar a rede pública nas esferas federal, estadual e municipal: “Tais iniciativas começaram a alterar a lógica do sistema vigente, antecipando as propostas institucionais da reforma sanitária do fim dos anos 1980” (PAIVA; TEIXEIRA, 2013, p.24). Estas reivindicações estavam diretamente relacionadas à democratização societária e à ampliação da cidadania. O processo de redemocratização transcorreu em meio à crise econômica, com planos emergenciais para tirar o país da hiperinflação e para incentivar o crescimento econômico. Porém, após a aprovação do SUS e da Lei orgânica de Saúde (1990) vieram grandes mudanças políticas, econômicas e na esfera pública.

As políticas públicas tinham teor oposto à forma como se operavam as políticas sociais no Brasil. Entretanto, nos anos 1990, a concretização desses princípios gerou tensões e disputas porque havia a concepção de um Estado mínimo, que restringisse a ação do Estado na regulação da vida social, defendido pelo neoliberalismo e que estava em ascensão na Europa e nos EUA. Nesse contexto, o SUS encontrou seu cenário de crise, as discussões começaram a girar em torno das formas de viabilizar e avaliar o novo sistema de saúde. As limitações da reforma sanitária passam a inserir-se no processo mais amplo e ainda inconcluso de uma sociedade democrática:

[...] a radicalização da reforma, além da agenda de conformação de um sistema de saúde com as características atuais do SUS, envolveria a instalação de um movimento político com capacidade de produzir mudança na estrutura da sociedade capitalista, rumo a um modelo de sociedade menos comprometido com a desigualdade e com a produção de doença e com as más condições de vida que assolam as populações do país (PAIVA; TEIXEIRA, 2013, p.29).

O movimento da reforma sanitária foi imprescindível no processo de redemocratização do país, com objetivos amplos e não restritos à materialização e constituição de um sistema único de saúde. É urgente, tendo em vista a conjuntura atual



de crise e recessão, a volta daquela organização e mobilização, visando que é preciso avançar e defender incessantemente um sistema público de qualidade e de responsabilidade do Estado.

O movimento de redemocratização do país que se iniciou no final da ditadura militar teve como auge o movimento das Diretas Já, quando a população foi para as ruas reivindicar por uma eleição direta. Pode-se considerar como materialização do processo de redemocratização a Constituição Federal de 1988, que é fruto deste processo e incorporou reivindicações da reforma sanitária para o campo da saúde. A Constituição trouxe avanços, mais do ponto de vista normativo, porém superou a perspectiva de seguro social e inaugurou a concepção de seguridade social. Incorpora, ainda, uma nova reestruturação dos direitos sociais como universais e como parte da condição de cidadania (antes restrita aos beneficiários da Previdência Social) e com a implementação da Seguridade Social, que se constitui como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, contemplando as políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Os artigos relacionados à Seguridade Social vão do Art. 194 ao Art. 204 referente às três políticas constitutivas. As disposições gerais tratam a seguridade como um conjunto integrado de ações de iniciativas do Estado e da sociedade, para assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. Sobre a responsabilidade do poder público nesta esfera a seguridade inclui os seguintes objetivos:

I – universalidade da cobertura e do atendimento; II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV – irredutibilidade do valor dos benefícios; V – equidade na forma de participação no custeio; VI – diversidade da base de financiamento; VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, art. 194, 1988).

Essa incorporação da noção de Seguridade no Brasil implicou um redimensionamento importante das políticas integrantes. No caso da saúde, o artigo 196 da Constituição Federal reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, a partir da garantia de políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doenças e outros agravos, com acesso universal e igualitário nas ações e serviços de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Isto demonstra uma mudança significativa em relação ao modelo securitário representado pela medicina previdenciária, ampliando, assim, a própria concepção de direito à saúde.

O Art. 195 afirma que a seguridade será financiada por toda sociedade, direta e indiretamente pelos recursos dos orçamentos da União, estados, Distrito Federal e municípios. Tendo sido previsto uma diversidade de fontes orçamentárias, com o objetivo de adquirir um caráter mais redistributivo, mas na verdade não se conseguiu garantir que os recursos financeiros definidos constitucionalmente fossem a ela destinados. Então, o que ocorre é a especialização das fontes de financiamento da seguridade por área de política social, o que fragiliza a pretensão constitucional de se criar um orçamento único, com a gestão a partir de um ministério próprio (MONNERAT; SOUZA, 2011). No campo da saúde, segundo Fleury (2006), sobre a criação de um Ministério para a Seguridade Social leva-se em consideração a possibilidade de perder a identidade e a especificidade na construção do SUS, o que negligenciaria o ideário da Seguridade e a consequente desarticulação do setor social, resultando negativamente na gestão das políticas sociais. Além disso, atualmente, há necessidade da interseção entre as políticas sociais como mecanismo essencial à potencialização das ações no campo social.

Houve uma expansão da cobertura da assistência médica previdenciária estatal às camadas mais desfavorecidas, a partir de várias medidas como, por exemplo, na área da Previdência Social: a incorporação dos acidentes de trabalho às ações previdenciárias; a extensão da proteção previdenciária aos trabalhadores rurais, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural); a ampliação da cobertura previdenciária às empregadas domésticas e aos trabalhadores autônomos (PAIVA; TEIXEIRA, 2013). A política de Assistência Social, pela primeira vez, adquiriu o estatuto de política pública, entendida como responsabilidade do Estado, o que abriu possibilidades de rompimento com o legado assistencialista. E mesmo na Previdência Social, na qual se mantém a lógica contributiva a partir de uma base atuarial para sua sustentabilidade, verificou-se o afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema, legitimando programas de transferência de renda. Porém, há consenso na literatura especializada na avaliação de que a Seguridade Social, como descrita na Constituição de 1988, não foi de fato implementada (MONNERAT; SOUZA, 2011).

A literatura especializada vem demonstrando, segundo Monnerat e Souza, (2011, p. 45) “[...] que na prática isto suscita altos níveis de conflito e disputa política entre as diferentes áreas e atores envolvidos no processo”. Além da disputa das estruturas de poder, também ocorrem as disputas corporativas que permeiam o aparelho

de Estado. Nesse sentido, enquanto se opera com problemas complexos e mal estruturados, as instituições se segmentam em setores e as universidades fragmentam o saber. O desafio atual está na criação de formas e mecanismos inovadores que favoreçam a reconstrução do sistema de Seguridade Social, a fim de resgatar o sentido de integração e transversalidade presentes na ideia de sistemas e redes de proteção social (MONNERAT; SOUZA, 2011). A partir desses sistemas e redes, os programas sociais, ao encontro da perspectiva intersetorial, requerem a ação coordenada das três esferas do governo e de setores diversificados dentro da mesma governabilidade de esfera junto com a participação e controle social.

Porém, com o sistema capitalista em vigência, é praticamente impossível obter-se na prática o sistema de Seguridade Social, porque sob a perspectiva do neoliberalismo, há desproteção e desresponsabilização do Estado, caracterizando a não efetivação dos direitos sociais. Na proposta de contrarreforma do Estado pode-se ver a transferência da responsabilidade do Estado para a sociedade civil no que se refere à garantia dos direitos como enfrentamento da questão social. Nesse sentido, Gomes (2009) afirma que, transferindo para o mercado esta responsabilidade, o Estado afirma a desigualdade social expressa inclusive na pobreza da população brasileira. Na conjuntura atual de crise do capital, inerente a esta forma de organização em classes, os princípios e diretrizes do SUS estão cada vez mais ameaçados. As disputas políticas se apresentam diariamente nos serviços de saúde e expressadas pelos gestores, pelos profissionais de saúde e pelos usuários a partir da forma como se está organizando o sistema de saúde brasileiro. O assistente social deve estar atento a estas correlações de força para que não haja retrocessos. Afinal a política de saúde é a política de caráter mais democrático diante das demais políticas sociais.

### 3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A ORGANIZAÇÃO E OS PROJETOS POLÍTICOS EM DISPUTA

A política de saúde no Brasil prevê que a atenção à saúde é um direito de todos e é dever do Estado prover as condições necessárias para seu exercício. O Sistema Único de Saúde (SUS) possui como princípios e diretrizes a universalização de acesso aos serviços, a integralidade de assistência, a preservação da autonomia, a igualdade de assistência à saúde, direito à informação, utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa,

integração das ações de saúde, conjugação dos recursos, capacidade de resolução dos serviços e organização dos serviços públicos evitando a duplicidade (BRASIL, 1990).

O sistema de saúde é formado por um conjunto de ações e serviços que são prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. O SUS possui como marco legal: Constituição Federal 1988 – Art. 196 a 200, Lei 8.080 de 1990, Lei 8.142 de 1990, Emenda Constitucional n. 29 de 2000, Norma Operacional Básica – NOB/SUS de 1991, 1993, 1996, Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS de 2001 e 2002, Pacto pela Saúde de 2006 - Consolidação do SUS e suas diretrizes operacionais - Decreto nº 7.508 de 2011 e a Lei Complementar nº 141 de 2012.

A partir do marco legal, o SUS se efetiva como política social, inserida na Seguridade Social brasileira e a partir de seus serviços garante direitos fundamentais à classe trabalhadora, como direito à vida e à saúde em seu conceito ampliado, que significa:

[...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, art 3º, 1990).

Este conceito é produto da Reforma Sanitária, movimento que quebrou paradigmas ressaltando e considerando as expressões da questão social, que interferem diretamente no processo saúde-doença da população. Este é um paradigma em disputa com o paradigma biológico ainda presente e hegemônico na área da saúde, que conceitua a saúde como ausência de doença. Além disso, há uma forte disputa pela privatização em massa dos serviços de saúde, como característica da contrarreforma do Estado, se expressa na ampliação das Organizações Sociais como prestadores de serviços. O art. 199 da Constituição Federal (1988) é referente à participação da iniciativa privada no campo da saúde, esclarecendo que:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento,

bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Como forma de resistência a isto, houve uma articulação de Fóruns de Saúde do Rio de Janeiro, Paraná, Alagoas, São Paulo e Londrina, em maio de 2010, para compor uma Frente Nacional pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) contra a Lei nº 9.637 de 1998. Esta Lei trata sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades e a absorção de suas atividades por organizações sociais, passando a permitir a dispensa de licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais (OS) (BRAVO, 2011). As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) pretendem modificar a gestão pública e, segundo Bravo (2011), há seis razões contrárias a essa proposta que se contrapõem ao SUS constitucional: 1) quebra do “sistema”, na forma concebida originalmente pelo SUS; 2) extinção do quadro de servidores públicos da Saúde nos estabelecimentos gerenciados pelas OS; 3) gestão dos recursos humanos centralizadora e normativa; 4) a saúde deixa de ser um direito público e passa a ser assumida pelo mercado; 5) não há possibilidade de um novo modelo de assistência e 6) as OS não valorizam o controle social. Portanto, é fundamental a Frente Nacional através da articulação entre diversos movimentos sociais e entidades públicas para a construção de resistência a estas medidas regressivas, que interferem na garantia dos princípios e diretrizes do SUS.

Percebe-se que as limitações da concretização do SUS em um sistema capitalista podem ser exemplificadas pela participação complementar de empresas privadas na prestação de serviços na atenção de média complexidade, que oferta serviços especializados a partir de consultas. Porém, mesmo com os princípios do movimento esbarrando nas limitações do sistema capitalista vigente, a Reforma Sanitária foi um divisor de águas que consagrou um novo capítulo na história das políticas sociais no país. Portanto, ao compreender esta relação de forças, cabe ao assistente social ter clareza quanto ao objetivo do exercício profissional, além de conhecer e reconhecer seu objeto de trabalho expressado nas demandas dos pacientes/usuários da saúde. Afinal, reafirma-se que os assistentes sociais estão desafiados a defender a democracia, as políticas públicas e articular o trabalho cotidiano que problematize os ideais neoliberais no campo das políticas sociais (CFESS, 2010).

Há um debate em relação às concepções e modelos de organização dos serviços de saúde no SUS, marcados pelo movimento da Reforma Sanitária que apresentou

correntes de pensamento, gerando concepções e propostas alternativas que, de uma medida ou outra, estão sendo implantadas e, por vezes, estão sendo referenciais para a formulação de políticas. Esta formulação, a experimentação prática, a diversificação de abordagens conceituais e as propostas alternativas de organização de sistemas e serviços de saúde surgiram no contexto do movimento em estudos de grupo com pesquisadores da UNICAMP, estudos que versam sobre as áreas de gestão e organização do trabalho nas unidades de saúde, apoiando-se na mudança dos instrumentos de trabalho e nas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários dos serviços. Essas propostas ficaram conhecidas como “o modelo em defesa da vida” com pilares sobre o acolhimento e a criação de vínculos entre profissionais e usuários, implicando a mudança na gestão do trabalho e na gerência de produção de serviços (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Ao longo desse processo, houve uma expansão do campo de experimentação e na multiplicação das alternativas de organização dos serviços e das práticas de saúde no âmbito do SUS. Os estados e praticamente todos os municípios brasileiros transferiram paulatinamente a responsabilidade de gestão da atenção primária de saúde (no Brasil nomeada como “atenção básica”) aos gestores municipais, ao mesmo tempo da implantação dos Programas de Saúde da Família, redefinidos posteriormente como “estratégia” de mudança do modelo assistencial do SUS. Este processo de organização dos serviços e práticas é resultado da municipalização da saúde. Na Atenção Básica firma-se o solo de constituição e possibilidade de práticas específicas em áreas prioritárias como Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Saúde da Criança e Saúde Bucal, assim como a reorientação de ações prioritárias de vigilância epidemiológica, para o controle de epidemias e endemias com a descentralização das ações de vigilância sanitária e a implantação de ações de vigilância ambiental. Já os efeitos da municipalização da saúde nas esferas da média e alta complexidade do SUS referem-se à constituição do espaço de mudança na organização dos serviços, ou seja, reorientação das ações de assistência médica ambulatorial, hospitalar, laboratorial e farmacêutica (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

É na alta complexidade que se estrutura, organiza e gerencia os hospitais no sistema de saúde, significando um conjunto de:

[...] procedimentos que, no contexto do SUS, 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) (CONASS, 2007).

É para a alta complexidade que se destina a maior parte dos recursos e orçamentos, tendo em vista, o alto custo operacional. Porém, se os princípios de promoção e prevenção de saúde fossem priorizados no sistema de saúde, a Atenção Básica receberia a maior parte dos recursos orçamentários, o que garantiria a concretização de ações para melhorar a qualidade de vida da população, evitando problemas graves de saúde e resultando na diminuição da procura pela atenção de alta complexidade. Os hospitais têm sido a porta de entrada do sistema de saúde de uma grande parcela da população. Por isso, essa integração aos demais níveis de atenção ainda é uma meta a ser alcançada, inclusive, há centralidade no debate sobre a reforma da atenção hospitalar, no que tange à mudança do modelo de atenção e o conhecimento da realidade hospitalar do SUS, em relação aos problemas e características. Foi a partir do projeto QualiSUS que se iniciou uma série de investimentos para mudanças e adequações na organização do trabalho nos principais hospitais públicos do país que concentram a oferta nas urgências e emergências dos centros urbanos. Portanto, vem-se buscando a reforma no âmbito hospitalar a partir de uma perspectiva conceitual que redefina o papel do hospital em um sistema integrado de serviços. Teixeira e Solla (2006, p. 151) contribuem para a análise desta questão na medida em que:

[...] se reflete na concepção acerca do tamanho dos Hospitais e das funções que deve desempenhar no conjunto dos serviços, desdobrando-se no debate acerca de como deve ser o financiamento e gestão dessas unidades, bem como a organização dos processos de trabalho em seus diversos setores ou unidades de produção de serviços e implica a redefinição das relações dos Hospitais com os demais níveis de prestação de serviços no âmbito do sistema.

É imprescindível essa redefinição das relações dos hospitais com os demais níveis de atenção do SUS, com o intuito de qualificação do sistema, mediante ações de apoio à consolidação da integração dos serviços, por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS/2010), que segundo Mendes são:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2011, p. 2300)

Isto pressupõe relações horizontais entre os serviços que compõem o SUS, trabalho interdisciplinar pelo compartilhamento de objetivos e compromissos, obtendo

na Atenção Básica a centralidade nas ações para o cuidado integral em saúde. A operacionalização tem como princípio a intervenção unificada do Ministério da Saúde articulado com estados e municípios, a partir de recursos e período estabelecidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O contexto hospitalar é um local para o manejo de eventos agudos, onde as possibilidades terapêuticas possuem alta tecnologia, devendo ser compatível com as necessidades e possuindo uma infraestrutura adequada para o cumprimento das atribuições, no qual a eficiência e a qualidade sejam em tempo integral. Todavia, apresenta o modelo médico-centrado nas ações em saúde, o que exige a reflexão crítica acerca da prática médica e os modelos de organização dos serviços de saúde. Essa preocupação começou em meados dos anos 70, quando se iniciaram, entre os docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, as discussões dos limites e possibilidades das propostas de reforma do ensino e da prática médica. Então,

[...] parte desses estudos tomou como objeto o “modelo médico-assistencial”, tratando de apontar suas limitações estruturais e sua vinculação a interesses econômicos mercantilistas, especialmente em sua modalidade “privada” ou “privatista”, como passou a ser conhecido o modelo “hegemônico” em nosso sistema de serviços de saúde. (TEIXEIRA; SOLLA, 2006, p 135).

Nesse aspecto, a aproximação com o ideário da Medicina Social francesa do século XIX, contribuiu para a constituição do campo de Saúde Coletiva. Esta perspectiva fundamentava os sistemas baseados nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e a constituição de uma rede descentralizada, hierarquizada e integrada de serviços, influenciando no movimento da Reforma Sanitária brasileira. Com isso, iniciou-se uma mudança nas práticas do SUS, no conteúdo do processo de trabalho e nas relações entre os prestadores e os usuários dos serviços de saúde.

Em relação aos princípios e diretrizes, se pode inferir que a descentralização avança no planejamento e gestão setorial, porém atualmente se verifica que há limites pelo modo fragmentado de produção da política de saúde. Isso também se relaciona à integralidade do cuidado em saúde que perpassa:

A integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita, frequentemente transversaliza todo o “sistema”. Não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Pode haver algum grau de integralidade “focalizada” quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível as necessidades de saúde trazidas por cada um. Porém, a “linha de cuidado” pensada de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde (CECILIO; MERHY, 2003, p. 4).



Constata-se que a integralidade não é prioridade na agenda da política de saúde, tendo em vista que é a diretriz que menos avançou e se desenvolveu nos 20 anos de SUS. O princípio da intersetorialidade está diretamente relacionado à integralidade em saúde, que corresponde a uma relação entre uma ou várias partes do setor saúde com outros setores (uma ou várias partes), visando resultados de saúde (ou intermediários) mais efetivos, eficientes e sustentáveis do que se pode alcançar apenas com o setor da política de saúde (MONNERAT; SOUZA, 2011). Afinal, para promover saúde e melhor qualidade de vida é necessário o envolvimento de instâncias e atores que não pertencem apenas a uma política social.

O trabalho em equipe não é suficiente para isso, pois significa o somatório de ações de cada profissional, como se fosse uma linha de montagem para o tratamento da doença, tendo como objetivo a cura e afirmando a hierarquia entre as profissões (CECILIO; MERHY, 2003). Por isso, o espaço do “round” no contexto hospitalar é de suma importância para superar o trabalho em equipe, mas para isso esta estratégia deve ser institucionalizada por cada hospital. Porém, existem muitos desafios para a concretização de ações efetivamente interprofissionais. Afinal, a presença do modelo médico-centrado representa a persistência do paradigma biológico, o que dificulta a percepção da ineficiência das ações frente aos problemas presentes e a dificuldade na busca por parcerias intersetoriais e interprofissionais. A atuação médica orienta-se em procedimentos clínicos, voltados aos interesses privados e isolados de uma atuação coletiva nas equipes de saúde. Esta atuação é protegida no espaço físico do consultório, em nome de uma ética e eficácia que não se sustenta em nenhum indicador de saúde (MONNERAT; SOUZA, 2011). Por isso, há entraves para a garantia da integralidade do cuidado em saúde. Nesse sentido,

[...] aos assistentes sociais que objetivam romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. Há que, historicamente, buscamos romper - através do trabalho e das relações sociais - com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resultem num processo educativo; resultem num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, a alcançar (VASCONCELOS, 2006, p.2).

Essas práticas podem ser desconstruídas através de ações pedagógicas, como por exemplo, o trabalho em grupo com os familiares de pacientes. Porque esses entraves são expressos pelos usuários da saúde. Durante o período de estágio foi possível perceber que os usuários não tinham acesso a informações sobre seu próprio tratamento de saúde

ou não tinham a compreensão do mesmo. Além do desconhecimento sobre serviços de saúde no SUS, mas ainda mais grave, é que muitos usuários não se reconheciam como sujeitos de direitos e, por isso, não concretizavam as orientações dos profissionais de saúde para acessar direitos sociais. Em relação a isto, pacientes moradores de municípios do interior ou da grande Porto Alegre declaravam, no cadastro institucional, residir na cidade de Porto Alegre, por pensarem que não receberiam atendimento caso não fossem residentes da capital. Ademais, os usuários enxergavam o trabalho do Serviço Social necessário como um direito de acesso a serviço, mas apenas como um suporte ao tratamento clínico. Isso muitas vezes se expressava e se materializava em presentes como forma de agradecimento às assistentes sociais.

Há muitos desafios para o assistente social como não restringir o trabalho à garantia de direitos e às necessidades imediatas, por compreender o processo contraditório existente, mas contribuir nas correlações de força para ampliação e acesso aos direitos. Na política de saúde a disputa de projetos políticos talvez seja o desafio mais importante deles. Destaca-se a disputa entre o projeto privatista e o projeto de reforma sanitária. Estes projetos apresentam diferentes requisições ao assistente social, em relação ao projeto privatista:

[...] vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (CFESS, 2010, p.26).

Entretanto, o Projeto de reforma sanitária:

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

Este projeto se articula com o projeto profissional no que se refere: aos principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios, “os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980.” (CFESS, 2010). Esta relação também é referente ao objeto de trabalho, as múltiplas expressões da questão social em relação aos determinantes sociais implicados no processo saúde-doença; além da relação de questões centrais como: Consciência Sanitária, Democratização e Socialização da Informação, Ação socioeducativa, articulação com Movimentos Sociais e garantia do direito à saúde. E

ainda, os princípios do SUS se articulam com a profissão no sentido de: Universalidade, Equidade, Integralidade, Intersetorialidade, Controle Social, Acesso Universal, Justiça Social, Determinantes Sociais, Seguridade Social, e Participação Social.

Na atual conjuntura política e econômica do Brasil, a tendência é de retrocessos e a forte influência neoliberal no SUS, sendo necessário, mais do que nunca a resistência para manutenção da saúde como responsabilidade do Estado e de acesso universal, além do resgate dos princípios para efetivação da reforma sanitária. Outro desafio é conseguir articular as dimensões subjetivas dos usuários com as questões concretas vivenciadas e sofridas, além do desafio de não restringir e particularizar o trabalho profissional a partir das diferentes especialidades médicas e ações relacionadas apenas ao diagnóstico do paciente/usuário. É importante que todos os profissionais de saúde, mas principalmente a categoria de assistentes sociais tenha o compromisso de contribuir para a conscientização dos direitos por parte dos usuários a partir de ações de cunho educativo, apresentando e garantindo a Portaria nº 1.820 (2009), a qual dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Esta portaria foi elaborada de acordo com seis princípios que asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. Os princípios são: a) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; b) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; c) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; d) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; e) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; e f) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A participação social é também um princípio do SUS essencial para a melhora na qualidade dos serviços prestados. É reconhecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei nº 8.142 de 1990 por intermédio de espaços das conferências e conselhos. Diferente das outras políticas sociais, a saúde é a única que garante em lei a participação paritária dos usuários (50% de participação) com os gestores da política, profissionais e prestadores de serviços (outros 50% de participação) nos conselhos e conferências de saúde. Porém, o controle social, também sofreu influência da contrarreforma do Estado, no sentido de responsabilizar a sociedade civil e desresponsabilizar o Estado pela atenção à saúde. É um espaço de correlação de forças onde a participação em saúde deve significar o conjunto de intervenções que as diversas

forças sociais realizam para formular, executar e avaliar as políticas públicas do setor (BRAVO; CORREIA, 2012). No SUS a participação foi concebida na perspectiva do:

[...] controle social, visando os setores organizados na sociedade participarem das políticas de saúde, desde as suas formulações – planos, programas e projetos -, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 131).

Neste viés, a Ouvidoria<sup>2</sup> é uma importante ferramenta existente também em outras políticas sociais, que permite aos usuários se manifestarem, reclamarem, darem sugestões, solicitações, denúncias, elogios, bem como, a solicitação de informações relativas à saúde, podendo ser utilizada como forma de controle social. A essa ferramenta precisa ser dada a devida atenção e importância, como mais um mecanismo de participação social pela população e precisa ser orientada pelos profissionais de saúde. Portanto, os profissionais devem se articular e trabalhar para fortalecer os espaços de controle social, os espaços de ouvidoria, contribuir para a viabilização e acesso aos direitos dos serviços públicos de saúde, assim como, defender o Sistema Único de Saúde a partir das suas diretrizes e princípios. Considera-se também importante a articulação dos profissionais de saúde, a fim de que possam lutar por melhores condições de trabalho e valorização salarial, bem como, por uma saúde do trabalhador mais efetiva e mais próxima dos trabalhadores em todas as instituições e serviços de saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde na época de transição de ditadura militar à redemocratização do país foi uma vitória pela classe trabalhadora pela correlação de força com o Estado e o mercado, a qual articulada e organizada por um movimento social, reconhecido mundialmente, conseguiu a materialidade de suas demandas e reivindicações legalizadas na Constituição Federal, tendo contribuído ainda para a organização de um sistema de seguridade social. Pois é na seguridade social que se concentram os direitos sociais básicos à população, sendo a política social de saúde a única de acesso universal. Entretanto, a defesa neoliberal é muito presente na sociedade brasileira que apoia o Estado mínimo em relação às necessidades da população. Os princípios de transformação social defendidos pela Reforma Sanitária estão diluídos, atualmente e é de extrema importância retomar esta defesa, na atual conjuntura de crise e recessão, com a possibilidade real de retrocesso com a privatização do SUS. Portanto,

---

<sup>2</sup> Número telefônico 136 no Sistema Único de Saúde.

os princípios de integralidade e intersetorialidade devem ser levados em conta ao se direcionar para a garantia do acesso à saúde, como um direito e como estratégia de enfrentamento à questão social. O assistente social, a partir do projeto profissional deve se direcionar para a ampliação dos direitos e a luta por uma sociedade mais justa e igualitária, o que pressupõe a responsabilidade do Estado em prover as necessidades sociais.

#### **4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A VIVÊNCIA DE ESTÁGIO CURRICULAR**

A categoria de assistentes sociais esteve presente no campo da saúde, no cenário brasileiro, desde a luta do Movimento da Reforma Sanitária em defesa da concepção da Seguridade Social pública e universal, e pelo direito à saúde como direito de cidadania. A relação entre o assistente social e o campo da saúde se situa desde a época da criação do Serviço Social como profissão, nos Estados Unidos, no final do século XIX. Esta relação possui uma larga trajetória, intensa e produtiva, inclusive para a construção da identidade profissional a partir da relação com os profissionais de outras áreas de conhecimento. Sobre a identidade profissional, Martinelli afirma:

Na área da saúde, onde há múltiplos saberes em ação, múltiplas identidades em interação, esta pergunta se transforma num verdadeiro imperativo ético, pois o que está em jogo é a construção de projetos coletivos, onde o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte, no caso dos pacientes criticamente enfermos, sejam alicerces fundantes e objetivos comuns para toda a equipe de trabalho (MARTINELLI, 2003, p. 11).

Por isso, o Serviço Social tem um importante papel na política de saúde, o qual exige a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença, com intuito de buscar estratégias para o enfrentamento destas questões apresentadas (BRAVO; MATOS, 2004). E a partir dessa aproximação com a realidade é preciso planejar e formular políticas institucionais ou estratégias de enfrentamento. Então, cabe ao assistente social – em consonância com o Código de Ética profissional (1993) atribuições como: prestar serviços diretos à população, planejar, assessorar, mobilizar a participação social e ocupar espaços de gestão (CFESS, 2010) para contribuir com o acesso ao direito à saúde pública e de qualidade. Isso se concretiza a partir da defesa do Sistema Único de Saúde articulado ao projeto de

Reforma Sanitária, principalmente com o Projeto Ético-político como norte da intervenção profissional.

A atuação crítica no campo da saúde pressupõe então: estar articulado com a classe trabalhadora e os movimentos sociais para efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários para o desvendamento dos determinantes sociais; facilitar o acesso aos serviços de saúde e da rede de políticas públicas para a viabilização de direitos sociais; intervir de forma interprofissional com a equipe de saúde; realizar o trabalho de forma intersetorial para o fortalecimento das políticas de Seguridade social, a fim de superar a fragmentação do atendimento às necessidades sociais dos usuários; fortalecer a participação popular e dos trabalhadores da saúde para o controle social e fiscalização da política de saúde, além de buscar a ampliação de direitos, elaborar e participar de processos de educação permanente, a fim de qualificar o trabalho profissional (CFESS, 2010). O assistente social tem um papel importante nos processos de efetivação do cuidado integral em saúde e da participação social, pelo saber significativo que possui nesses âmbitos (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

A Integralidade do cuidado em saúde é essencial no exercício profissional porque na relação com outras profissões se depara com a formação clínica em saúde e com intervenções restritas aos diagnósticos. Por isto, é tão necessária uma equipe que trabalhe interdisciplinarmente com o intuito de problematizar e refletir sobre as ações de saúde para elaboração e encaminhamentos coletivos, pautados na garantia dos seguintes princípios:

[...] a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado (CFESS, 2010, p.19).

O cuidado integral em saúde e a garantia de direitos vão para além da política de saúde exigindo do profissional não apenas a realização de contrarreferência dos pacientes/usuários a outros serviços de saúde e outras redes de atenção, mas deve haver uma postura de responsabilização, a fim de realizar o trabalho intersetorial efetivamente, e não apenas fazer uma ligação telefônica ao profissional de outro serviço ou fazer o(s) encaminhamento(s) do paciente/usuário. Isso se refere a utilizar o instrumento de visita, tanto a domiciliar quanto a visita institucional, bem como a responsabilização entre as equipes, no que diz respeito às linhas de cuidado.

Outra área importante de atuação do assistente social neste campo é a saúde do trabalhador com a dimensão social e histórica do trabalho inseridos nos determinantes das condições de saúde. O mundo do trabalho é um campo complexo e atualmente se caracteriza pela precarização das condições de trabalho e restrição de direitos trabalhistas historicamente conquistados. Por isso, a importância de o assistente social compreender a relação, tendo em vista a indissociabilidade entre trabalho e saúde,

[...] que embora milenar, vem ganhando maior visibilidade e repercussão na atualidade, frente a dois fenômenos contemporâneos: o crescimento das doenças relacionadas ao trabalho e a intensificação do trabalho como fator desencadeador do adoecimento. Entretanto, essa segunda manifestação encontra-se invisibilizada pelas diferentes formas de ocultamento social da relação entre trabalho e saúde. Para desvendar esse fenômeno, torna-se essencial interrogar-se sobre que trabalho é esse que provoca o adoecimento e que configurações adquire esse trabalho que tem na sua natureza a apropriação da saúde (WÜNSCH; MENDES, 2011, p. 165).

Esta área de atuação é ampla, porque “a saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho”, exigindo nos processos de trabalho além do atendimento direto ao usuário/trabalhador, ações de prevenção e promoção da saúde, de fiscalização das condições de trabalho e ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas (CFESS, 2010).

Na alta complexidade do SUS é que se encontra forte correlação de forças entre as profissões de saúde, obtendo-se um forte caráter hierárquico nas relações de trabalho, pelo modelo médico-centrado, já abordado anteriormente. Em contextos hospitalares é a medicina que possui o “poder” de dar a alta hospitalar aos pacientes/usuários, e isto é pertinentemente, tendo em vista a capacidade deste profissional para esta função. Porém, muitas vezes isto é realizado sem a comunicação aos demais profissionais da unidade de internação. No período de estágio, as assistentes sociais resistiam a esta prática institucional, quando questões de cunho social do paciente/usuário ainda estavam sendo orientadas e encaminhadas, como o acesso a direitos, ou questões pessoais como, por exemplo, não ter a definição de cuidador no pós-alta.

O cotidiano de trabalho no campo hospitalar se torna suscetível ao adoecimento psíquico e a processos de trabalho alienantes que resultam em procedimentos isolados, por diversos motivos, entre eles: pela pressão que os profissionais sofrem das chefias, de colegas das unidades de internação e dos familiares dos pacientes/usuários. Muitas vezes não era possível dar prioridade para atividades essenciais como, por exemplo, ler as evoluções de outros profissionais no prontuário eletrônico dos pacientes/usuários, ou ter momentos de reuniões de equipe, como os chamados “rounds” e discussões de casos.

Porém, esses processos de trabalho são importantes para a compreensão do conceito ampliado de saúde, sob o olhar de diversas áreas, sendo o prontuário ou a reunião de equipe ferramentas relevantes para o registro e compreensão do cuidado integral em saúde.

O espaço de acompanhamento aos pacientes/usuários no pós-alta é o ambulatório hospitalar, o que contribui para o cuidado integral em saúde, porém, nem todos os profissionais acompanham os pacientes/usuários após sua alta, o que dificulta enxergar o produto de seu trabalho, ou seja, a melhora clínica e das condições de vida. Além disso, os profissionais tendem a perder a sensibilidade diante dos pacientes/usuários e de seus familiares, obtendo uma fala incompreensível e carregada de termos técnicos (o que prejudica até mesmo a comunicação com demais profissionais). A fim de ter um distanciamento da realidade dos pacientes/usuários, muitos profissionais fazem isto inconscientemente porque "há, sem dúvida, um sofrimento psíquico que acompanha o processo de adoecer e esse reconhecimento é fundamental na relação que estabelecemos com os sujeitos, como o é, na mesma medida, a luta pela garantia de seus direitos de cidadania" (MARTINELLI 2003, p. 13). A partir disso, é perceptível a necessidade da saúde do trabalhador mais efetiva nas instituições hospitalares, através da prevenção e promoção de saúde desses trabalhadores que estão suscetíveis ao adoecimento e sofrimento psíquico.

Os profissionais precisam se enxergar neste processo porque essas relações dificultam ainda mais o cuidado integral ao paciente/usuário, que se encontra internado com uma doença, vulnerável, convivendo com pessoas estranhas no mesmo quarto e muitas vezes, sem apoio de familiares e conhecidos. A postura de defesa dos profissionais pode ser compreendida pelo fato de ser tão difícil e doloroso comunicar um óbito de paciente aos entes queridos, por exemplo, do mesmo modo é difícil realizar uma intervenção no caso do Assistente Social sobre sepultamento gratuito. Uma forma de superar processos de trabalho alienantes, além de contribuir para o autocuidado em saúde mental é através da educação permanente, a qual proporciona ao trabalhador novos conhecimentos acerca da realidade de trabalho e novas possibilidades de intervenção. Sobre o cuidado de si, Martinelli aponta que é recomendável:

[...] manter um estado de espírito positivo; alimentar a paz de espírito e a tranquilidade; dedicar-se a práticas que permitam o recriar das energias e que estimulem a criatividade; manter acesa a chama da busca do conhecimento, da prática, da pesquisa; buscar permanentemente o aprimoramento profissional, tanto na perspectiva multidisciplinar quanto na profissão de origem; lembrar-se, a cada momento, do permanente compromisso que



devemos ter no sentido da consolidação do projeto ético-político da profissão. (MARTINELLI, 2003, p. 501-502)

O cuidado de si é extremamente necessário para o assistente social que lida com as mais diversas expressões da questão social. E isto deve ser uma preocupação da Saúde do Trabalhador nas instituições hospitalares.

O estágio curricular I, II e III ocorreu no Hospital Cristo Redentor (HCR) de Porto Alegre, na Unidade de Internação de Neurocirurgia. O estágio ocorreu no período de março de 2014 a julho de 2015 (três semestres). Esta vivência foi fundamental para aprofundar a relação teórico-prática, na medida em que possibilitou o conhecimento e as aproximações dos processos de trabalho no qual o assistente social está inserido, para reconhecimento do espaço sócio-ocupacional na alta complexidade e para reconhecimento dos limites institucionais existentes para o exercício profissional. Neste sentido, Lewgoy afirma que o estágio:

[...] aproxima os estudantes do caráter interventivo da profissão, favorecendo a percepção crítica da realidade, de suas contradições, limites e potencialidades. Isso reforça e institui o estágio como um espaço fundamental na formação da capacidade de análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do discente, que precisa apreender os elementos concretos os quais constituem a realidade social capitalista e suas contradições, de modo a intervir posteriormente, como profissional, nas diferentes expressões da questão social. (LEWGOY, 2014, p. 55)

Este processo no período de formação acadêmica possibilitou além do amadurecimento pessoal também o aprofundamento da relação teórico-prática, a apreensão das atribuições profissionais, dos objetivos da profissão, bem como de sua direção ético-política, do objeto profissional e do trabalho do Assistente Social, inserido num espaço sócio-ocupacional, no modo de produção capitalista e pertencente à classe trabalhadora. O estágio possibilitou compreender a importância de conhecer o território da instituição e as relações sociais estabelecidas, a partir da análise de conjuntura junto à análise institucional para o desvendamento das demandas institucionais e dos usuários.

Foi de extrema importância conhecer o hospital, que foi fundado em 1956, sendo o primeiro hospital da região norte de Porto Alegre. A organização leva o nome do bairro, o qual na época da construção era uma região operária em franca expansão industrial, por isso necessitava de assistência médico-hospitalar para a população residente (BARROSO, 2009). A partir da instalação do hospital, o bairro iniciou o processo de expansão e passou a pertencer à área metropolitana de Porto Alegre, onde reside a maior parte dos usuários. A partir dos conhecimentos adquiridos pela análise

institucional foi possível planejar e elaborar um Projeto de Intervenção condizente com a realidade do campo sócio-ocupacional.

O Hospital Cristo Redentor tem atendimento 100% do Sistema Único de Saúde e faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) constituído pelos hospitais Conceição, Fêmeina, Criança Conceição, Serviço de Saúde Comunitária e UPA Moacyr Scliar. É uma instituição Pública Federal vinculada ao Ministério da Saúde e foi criada pela lei 2.022 de sete de dezembro de 1959. O GHC é uma instituição-escola, ou seja, além dos campos de estágio há também a presença de residentes das áreas de saúde. O hospital possui duas gerências: de internação e de administração. É conhecido como Pronto-Socorro da região norte de Porto Alegre e é referência no atendimento a pacientes com trauma decorrido, majoritariamente, por causas externas. Especializado em traumatologia, ortopedia, neurocirurgia, bucomaxilofacial, cirurgia plástica, queimados, cirurgia do trauma em geral e outros. Além disso, oferta o Serviço de Reabilitação Física. Sua capacidade máxima é de 279 leitos; a emergência totaliza 29 leitos distribuídos por meio da classificação de risco do protocolo de Manchester e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) também possui 29 leitos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO).

A Unidade de Internação de Neurocirurgia é composta por 70 leitos localizados no segundo andar do hospital, trata Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico e Isquêmico, Aneurismas, Trauma Raqui-medular (TRM), Trauma Crânio-encefálico (TCE), Tumores de cabeça e coluna, Lombociatalgias e demais doenças neurológicas que necessitem de intervenção cirúrgica. A unidade contém uma equipe multiprofissional, composta pela Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia. Esta unidade tem o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente/usuário com doença neurocirúrgica, que muitas vezes resulta em seqüela neurológica, passando a necessitar de cuidados de terceiros por tempo indeterminado ou para o resto da vida. Por isso, demandará cuidados e serviços de diversas áreas de conhecimento que devem estar articuladas, de diversas políticas sociais, principalmente, da seguridade social, exigindo uma intervenção em rede para o suprimento de suas necessidades (RAMOS, 2014).

Durante o período de estágio curricular, nos meses de março e abril de 2014, os funcionários do HCR fizeram uma greve, movimento que também atingiu outros hospitais de Porto Alegre na época. Os funcionários paralisaram reivindicando o fim da interferência partidária na gestão do hospital, investimento na saúde e qualidade no atendimento, melhorias na condição de trabalho e dignidade profissional com livre

exercício da cidadania e da democracia. Reivindicavam ainda aumento real do salário, contratação de novos funcionários e dimensionamento adequado do quadro, plano de saúde para todos os funcionários e familiares, eleições diretas para chefia, diretores e gestores. Nesta época foi feito um acordo com a direção, que prometeu conceder aumento real do salário e formar uma Comissão com reuniões regulares para discussão das demandas. Com isso, pôde-se perceber as relações de força presentes na instituição, afinal a maioria dos trabalhadores que participaram da paralisação foram trabalhadores de cargos administrativos que desejam ser valorizados não apenas com melhores salários, mas melhores condições de trabalho, resultando em melhores serviços para a população (RAMOS, 2014).

Em relação ao trabalho realizado pelo Assistente Social na unidade de Neurocirurgia verifica-se que a intervenção se operacionaliza a partir da busca ativa e não por demanda espontânea, através de entrevista inicial a todos os pacientes e/ou familiares no início do período de internação. Então, no momento desta entrevista é realizada a triagem através do acolhimento dos pacientes/usuários. O acolhimento compõe os instrumentos para operacionalização do trabalho e não se limita:

[...] ao ato de receber, ouvir, mas a uma sequência de atos que buscam a intervenção resolutiva. A resolutividade diz respeito ao uso de toda tecnologia disponível para atender à demanda ligada à integralidade do usuário, tanto na dimensão individual como na coletiva (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 242).

Neste sentido, este momento contribui para a identificação dos pacientes/usuários que necessitarão de acompanhamento durante a internação. Isto é importante também para o paciente dar-se conta de sua situação de necessidade de cuidados tanto no hospital, por um acompanhante, quanto após a alta hospitalar, por um cuidador com o qual, preferencialmente, tenha vínculo. Identifica-se se o paciente se encontra em situação de rua e sem vínculos familiares, qual o motivo da internação, se foi acidente de trabalho e após estes dados se proporcionam orientações e encaminhamentos. Neste momento de acolhida também se fornecem informações sobre o funcionamento do hospital, como o horário de visitas, horário de informações médicas aos familiares, além dos horários do refeitório para os acompanhantes. Ou seja, é nas entrevistas iniciais o momento de garantir o acesso à informações para a obtenção dos direitos sociais, necessários para a melhor qualidade de vida dos usuários.

Além dos diagnósticos e tratamentos das doenças é preciso considerar as expressões da questão social identificadas nos atendimentos aos pacientes/usuários, que não são particulares dos pacientes da neurocirurgia, mas que perpassam a classe trabalhadora como um todo, ou seja, na totalidade das relações sociais do contexto capitalista, como por exemplo: abuso de álcool e outras drogas, violência, desemprego, trabalho informal, o não acesso a políticas públicas, abandono, situação de rua, vínculos fragilizados, não acesso à educação e condições dignas de habitação e falta de saneamento básico em seu território, entre outras. Muitos casos apresentam mais de uma expressão da questão social, porque às vezes, por exemplo, o trabalho informal precarizado influencia o abuso de álcool e outras drogas, o que pode acarretar em fragilização dos vínculos familiares, levando-os à situação de rua. Nessa situação de vulnerabilidade são agredidos e chegam ao hospital com um traumatismo crânio-encefálico que pode ocasionar sequelas como a paraplegia, por exemplo, passando a necessitar de cuidados de terceiros para o resto da vida. Porém, não tem residência para voltar após a alta hospitalar e nem possuem vínculos fortes para obter um cuidador e acompanhante durante a internação, exigindo recursos do Estado para sua manutenção e qualidade de vida. Nesse sentido:

Apenas para pensarmos na magnitude de tais desafios, lembremo-nos que os hospitais-escola que integram o sistema público de saúde são, no geral, hospitais de grande porte, destinados ao atendimento de pacientes de alta complexidade e muito frequentemente convivendo com altos níveis de exclusão social (MARTINELLI, 2003, p. 15).

Por isso, o assistente social através de sucessivas aproximações desvela a realidade dos sujeitos. Também se torna responsável pela visibilidade de toda equipe de saúde a estes determinantes sociais, exigindo a articulação com serviços da rede, como por exemplo, da saúde mental, da habitação e da assistência social através do trabalho intersetorial, que complementando a conceituação de Monnerat e Souza (2011) já abordada anteriormente, refere-se:

[...] à capacidade de articular os vários setores presentes tanto no nível mais operacional, local onde as ações de saúde são ofertadas à população, como nos níveis regional e central, com uma dimensão mais voltada ao planejamento e com potencialidade de articular setores fundamentais que podem desencadear mudanças mais efetivas e duradouras [...] (PAULA, et al. 2004, p. 334).

Esta diretriz vai além de encaminhamentos, contatos, elaboração de Relatório Social, encaminhamento para unidades de saúde, serviços de outras políticas públicas

para agendar perícias, contato com Centros de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), unidades de saúde, secretarias de saúde dos municípios. É necessário ainda se articular com os profissionais desses serviços de encaminhamento, para que o usuário tenha um profissional de referência ao acessá-los e que o usuário tenha clareza dos processos, a fim de que se vincule a esses serviços, inclusive para outras questões futuras ou que passaram despercebidas durante os atendimentos. Esta postura deve ainda ser mais ativa na construção e manutenção de fluxos institucionais, para que haja um cuidado integral em saúde pelo paciente/usuário que está no momento necessitando de cuidados de emergência e urgência, sem desconsiderar as complexidades de atenção à saúde, afinal a integralidade é tarefa de rede (CECILIO; MERHY, 2003), rede essa que deve ser interna e externa à instituição. Além disso, os gestores devem assumir este compromisso com a integralidade de atenção aos usuários, pensando em estratégias que assegurem este direito. Devem-se obter estratégias, mecanismos e recursos institucionais de gestão sobre a:

[...] micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. Nesta medida, parece-nos que o tema da integralidade do cuidado no hospital, como nos demais serviços de saúde, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como um tema para a gestão hospitalar (CECILIO; MERHY, 2003, p.3).

A perspectiva de acesso a direitos se efetiva no trabalho em rede. E os direitos sociais dos pacientes neurocirúrgicos, que não são exclusivos deste público são: o acesso a medicações, fraldas, alimentação enteral, cadeira de rodas, acompanhamento por equipe de saúde na Atenção Básica, benefícios para trabalhadores com contribuição para Previdência Social, para quem não contribui como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e em casos de acidente de trânsito o Seguro de Danos Pessoais Causados Por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Porém, muitos direitos necessitam de Procuração via cartório, ou Curatela via processo judicial, documentos que oficializam que alguém se torne responsável pelos atos civis de pessoa que não tem condições físicas e mentais para respondê-los por tempo indeterminado (RAMOS, 2015). Esses direitos não se materializam dentro do hospital, por isso o assistente social tem o dever de garantir a informação para os usuários acessarem estes recursos nas demais políticas sociais e serviços da rede. Outro momento interessante e

importante para o fornecimento dessas informações é através do trabalho com grupos de familiares dos pacientes internados na unidade, mas isto ocorre na Unidade de Neurocirurgia através da divisão das áreas de conhecimento.

As orientações sobre os direitos são realizadas por diferentes profissionais da equipe da unidade, mas de formas isoladas. As orientações e informações fornecidas pelo Serviço Social são em relação à aquisição de fraldas, que necessita receita médica e serve para pacientes graves que após a alta permanecerão acamados. Este direito é encaminhado via Secretaria de Saúde do Estado e só se tornou um direito, materializado em lei, devido à grande judicialização para o acesso. Outra orientação fornecida pela equipe de Serviço Social é para o acesso a serviços da rede de saúde mental no território de moradia do paciente/usuário, normalmente orientado aos que possuem histórico de doença mental ou relato de abuso de álcool e outras drogas.

Outros direitos orientados por assistentes sociais são os benefícios da política de Assistência Social para acesso à renda e da Previdência Social para trabalhador com vínculo que necessita ser afastado das atividades funcionais por motivo de doença ou para o aumento de aposentadoria para o trabalhador já aposentado. Entre estes estão: o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que se refere a um benefício individual, não vitalício e intransferível, que:

[...] assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo vigente (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2010).

O Auxílio Doença é um benefício ao trabalhador segurado do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), para os casos de incapacidade de realização das atividades trabalhistas acometido por uma doença ou acidente que o torne temporariamente incapaz para o trabalho. Para este encaminhamento é necessário comprovar a doença e possuir carência de 12 contribuições. Outra orientação é sobre a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) que deve ser efetuada pela empresa ao INSS, então este documento deve ser emitido para reconhecer o acidente de trabalho para a responsabilização da empresa. A partir desta comunicação, se garante ao trabalhador

que se acidentou no ambiente ou percurso do trabalho 12 meses de estabilidade. É referido como acidente de trabalho ou de trajeto:

[...] o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço da empresa ou no deslocamento residência / trabalho / residência, e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho ou, em último caso, a morte (BRASIL, Ministério do Trabalho e Previdência Social, 2016).

O benefício de 25% de aumento na aposentadoria por invalidez ao aposentado que comprove a necessidade de assistência permanente de outra pessoa, também é concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT é uma indenização a todas as pessoas que sofrem acidente de trânsito, é encaminhado por seguradoras ou pelos Correios.

Há direitos que ainda não são reconhecidos pelas políticas sociais, portanto, o acesso se dá apenas por processo judicial como o aumento de 25% das aposentadorias por tempo de contribuição, por idade e aposentadoria especial que comprovem a necessidade de cuidados de terceiros. Além disso, é necessário entrar com processo judicial para um familiar obter a Curatela do paciente, que é o encargo deferido a alguém capaz de administrar os bens de quem não pode fazê-lo por si mesmo por tempo indeterminado, comprovado a partir de laudo médico. Este recurso é necessário para que o familiar designado como Curador encaminhe direitos, como por exemplo, fraldas e benefícios do INSS. A Procuração tem a mesma função de um responsável ter a autorização de responder pelos atos civis de pacientes/usuários, mas a diferença neste caso, é que são para pacientes que possuem a capacidade mental de denominar um procurador e tenham os movimentos da mão inalterados para a assinatura reconhecida em cartório (é comum a perda dos movimentos decorridos de sequelas neurológicas). Isto tem custo, mas é importante para o procurador encaminhar direitos previdenciários, entre outros. Deve-se defender o custeio pelo Estado, devido à importância deste documento.

A orientação dos profissionais da Nutrição é para o encaminhamento de direito à alimentação via sonda nasoenteral. É uma dieta especificamente elaborada, fornecida através de uma sonda, para facilitar o transporte do alimento até o estômago ou o intestino. Esta dieta é encaminhada pela Farmácia do estado. A orientação de profissionais de Fisioterapia é para o acesso ao direito de aquisição a Cadeira de rodas a

pessoa com deficiência, comprovada a partir de laudo médico. É encaminhado pela Secretaria de Saúde do Estado pelo paciente ou responsável. E as orientações dos profissionais de Enfermagem e Medicina são sobre o acesso a medicações e acompanhamento por médico clínico geral e de equipe de saúde da família via Unidade de Saúde de referência.

É importante que as outras áreas de conhecimento atuem na perspectiva de garantia de direitos, porém estas práticas não ocorrem de forma interdisciplinar, essas orientações são realizadas de formas diferentes e desconexas para os familiares do paciente. Então, muitas vezes o Serviço Social acaba assumindo a função de esclarecer dúvidas e fazer encaminhamentos necessários a todos esses direitos orientados pela equipe de saúde, com o objetivo de contribuir para o acesso aos mesmos (RAMOS, 2015), “portanto, não é exagero afirmar que o Serviço Social permeia a estrutura organizacional como um todo, participando da malha de interações que se processa no contexto hospitalar” (MARTINELLI, 2003, p. 14).

Os pacientes que necessitam de cuidados de terceiros tanto durante o período de internação quanto no ambiente domiciliar após a alta hospitalar, demandam uma intervenção com a família para que as orientações sejam centralizadas no cuidador, a fim de capacitá-lo para realizar os cuidados. Este cuidado no âmbito hospitalar se refere:

[...] de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde (CECILIO; MERHY, 2003, p.2).

Já o cuidado no ambiente doméstico é mais difícil. Na maioria das vezes se concentra em uma única pessoa, a qual deve ser capacitada pela equipe de saúde hospitalar e da Unidade de saúde de referência. Além disso, há outro empecilho anterior que se refere à definição do cuidador domiciliar, afinal são trabalhadores que não podem se afastar justamente porque necessitam do salário para seu sustento. A maioria das famílias não tem recursos financeiros para custear uma clínica particular ou uma instituição que ofereça os cuidados necessários 24h para o paciente, e nem a contratação de cuidador domiciliar. Faltam políticas públicas para este público, pois não há clínicas do Estado, apenas particulares, que ofereçam cuidados especializados em tempo integral e com profissionais capacitados. Via Fundação de Assistência Social e Cidadania



(FASC) é possível conseguir vagas em clínicas particulares que possuem convênio com a Prefeitura Municipal, porém são poucas vagas e apenas destinadas para o público idoso e sem sequelas. Há casos de pacientes que não possuem casa e nem vínculos afetivos e familiares, o que acarreta na postergação da alta hospitalar, ou seja, passam longos períodos de internação porque há a necessidade de melhora no quadro neurológico para o encaminhamento a instituições públicas de moradia (que não fornecem cuidados em saúde), como os abrigos públicos. Constatase que há escassez de políticas públicas para pessoas em idade adulta com sequelas neurológicas que necessitem de cuidados de terceiros.

Existe a Portaria 1.208 de 18 de junho de 2013, que integra programas como o Melhor em Casa e SOS Emergências, os quais possibilitam que cada hospital do Programa SOS Emergências ofereça atendimento domiciliar para pacientes crônicos. Isto constitui uma nova modalidade de atenção à saúde, complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde. Além disso, é composta por uma equipe multiprofissional composta por: Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social, qualificada para o atendimento em domicílio de pacientes que não podem se locomover até a Unidade de Saúde ou que não possuam Estratégia de Saúde da Família com agentes comunitários de saúde na equipe.

O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) foi implementado no ano de 2004 (anterior a Portaria referida) pelo Grupo Hospitalar Conceição com os objetivos de reduzir o tempo de internação hospitalar por meio do término do tratamento de saúde no domicílio, realizar a transição do cuidado hospitalar para o domicílio e unidade básica de saúde, orientar e auxiliar usuários e familiares na produção do cuidado e atuar de forma a reduzir as reinternações hospitalares de indivíduos com doenças crônicas. O programa tem como pré-requisitos: a) ser paciente do Grupo Hospital Conceição, b) possuir doenças crônicas, c) residir na zona norte de Porto Alegre e d) tenha um cuidador domiciliar de referência. A equipe multiprofissional faz visitas domiciliares regularmente aos pacientes e além do tratamento de saúde fornecem suporte ao cuidador domiciliar. Este serviço é essencial para a melhora no quadro de saúde e para melhor qualidade de vida. Este programa também é uma das orientações e encaminhamentos realizados pela equipe de saúde da unidade de internação.

Portanto, o atendimento no hospital, além dos atendimentos prestados para o tratamento da doença neurocirúrgica, é um momento de fornecer orientações e informações para o encaminhamento de direitos no período pós-alta, afinal a garantia de direitos é processo de caráter intersetorial. A vivência no período de estágio curricular proporcionou, ainda, a compreensão sobre a necessidade da sensibilização pelas situações vivenciadas pelos usuários, a fim de criar vínculos com os mesmos e fornecer apoio e suporte em um momento tão delicado de suas vidas. As questões subjetivas não podem passar despercebidas afinal, no contexto da neurocirurgia as doenças são repentinas ou decorrentes de acidentes, então o período necessário para processá-las é mais longo. Aprendeu-se que as ações de escuta, sobre como passou a noite, o olhar atento aos desafetos e afetos verbalizados, o retorno das solicitações feitas pelos usuários, por exemplo, acrescenta no aprendizado humano, essencial para a melhora da qualidade de vida e para ser um profissional de referência com que eles possam contar. No trabalho de atendimento direto aos usuários encontram-se pessoas em situações de vulnerabilidade social que pedem gestos humanos para que possam se fortalecer em sua própria humanidade (MARTINELLI, 2003).

A humanidade só se concretiza a partir das relações sociais vivenciadas e na área da saúde isso é imprescindível, uma vez que neste campo se trabalha pela garantia à vida e suas múltiplas manifestações desde o nascimento até a finitude. Isso se refere à ética profissional dos cuidados, da proteção social e da militância, o que exige vontade política (MARTINELLI, 2003). Nesse sentido, destaque-se a importância do sentimento partilhado,

[...] de sentir com o outro, não como o outro; do espaço da escuta, tanto no diálogo como no silêncio; do espaço do acolhimento, de ter a sensibilidade de oferecer o acolhimento no momento do desconforto, da dor [...]; da dignidade no trato, da sensibilidade de perceber a condição do outro naquele momento tão peculiar de sua vida; do reconhecimento do sofrimento psíquico, da tristeza, do desconforto emocional, que acompanham o adoecimento e o agravamento do quadro de saúde; da ética no trato da informação; da verdade como base do diálogo, na justa medida, tanto com o paciente quanto com seus familiares; da responsabilidade social partilhada, criando relações de parceria com o cuidador e familiares, e estimulando-os a criar também vínculos de pertencimento (MARTINELLI, 2003, p. 501-502).

É possível perceber que, no contexto hospitalar, é raridade o profissional que consegue realizar as ações acima citadas nos processos de trabalho no qual está inserido. Percebeu-se que há outras duas formas de ações profissionais, como aquele que sofre como o paciente, sem conseguir o distanciamento necessário para a realização de seu trabalho e aquele que não sofre como o paciente, mas também nem sente com ele, por

isso não proporciona espaço de escuta e nem acolhe a dor do mesmo. Portanto, é difícil fazer este movimento porque ele não é automatizado. Infere-se também estas posturas como mecanismos de defesa, criado como estratégia de proteção e para o não sofrimento. Afinal, precisa-se enfrentar este cotidiano que é complexo e que necessita também a avaliação destas situações junto aos trabalhadores. Uma sugestão seria a formação permanente e a possibilidade da investigação sobre o trabalho profissional.

#### 4.1 DIÁLOGO ENTRE A INTERVENÇÃO E A INVESTIGAÇÃO: O ACESSO A DIREITOS DE PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS

Dando continuidade e tendo em vista a riqueza da experiência no estágio curricular no Hospital Cristo Redentor de Porto Alegre e a escassa produção do Serviço Social acerca do trabalho na alta complexidade do SUS, realizou-se uma pesquisa qualitativa documental nos registros institucionais. A ideia sobre a aplicação de uma pesquisa qualitativa nesse serviço existe há muito tempo na equipe do Serviço Social do HCR, mas que por diversos motivos não foi possível sua elaboração, sendo este trabalho investigativo almejado e realizado em conjunto com a supervisora de campo, Assistente Social Débora Abel. Neste aspecto Nogueira afirma que o:

[...] fortalecimento da investigação nos campos de prática, envolvendo os supervisores de estágio como uma forma de capacitação em serviço, como possibilidade de oferecer densidade científica à ação e, ainda, transpor o ameaçador fosso que existe entre a formação e exercício profissional. Esse encaminhamento contribuiria para desmistificar o aparente mistério que envolve a pesquisa, derivado da falsa complexidade de se articularem realidade, teoria e método (NOGUEIRA, 2010, p. 106).

Esta pesquisa além de ser uma demanda do campo sócio-ocupacional é um aprofundamento dos resultados obtidos no Projeto de Intervenção, realizado no período de estágio. Neste Projeto de Intervenção foram realizados atendimentos ao seguinte público-alvo: pacientes internados na unidade de neurocirurgia, moradores do estado do Rio Grande do Sul, com pelo menos duas dessas características: com sequelas neurológicas graves, acamados, necessitando de cadeiras de rodas para locomoção, utilizando aparelhos para auxiliar na respiração, alimentação, utilizando fraldas, necessitando de cuidados de terceiros. Na execução do projeto de intervenção, além dos atendimentos no período de internação, quando forneceram-se informações e orientações para o acesso aos direitos, também foram agendados atendimentos aos pacientes que obtiveram consultas após a alta hospitalar no ambulatório ou no serviço

de reabilitação do HCR. Então, uma parcela desse público foi atendida novamente com o intuito de identificar o processo de acesso aos direitos que foram orientados durante a internação hospitalar.

Elaborou-se, então, a pesquisa intitulada: “*O acesso aos Direitos Sociais dos Pacientes Neurocirúrgicos no Hospital Cristo Redentor (HCR) de Porto Alegre*”, ora a ser apresentada: caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa e descritiva com dados quantitativos para melhor visibilidade dos resultados, afinal a pesquisa qualitativa deve-se articular com a pesquisa quantitativa (MORAES, 2013). Definiu-se como problema de pesquisa: Como os direitos sociais orientados no período de internação, através das políticas públicas existentes durante o atendimento hospitalar são concretizados e de que forma isto ocorre? Esta indagação desdobra-se em três questões norteadoras: 1) Quais direitos foram orientados no período de internação hospitalar? 2) Quais direitos orientados foram acessados e quais não foram? 3) Quais são as facilidades e os limites no processo para o acesso aos direitos pelos pacientes? Para isto, obtêm-se como fonte de análise documental os registros dos prontuários e formulários de entrevistas elaborados no período de estágio curricular. A disciplina de Pesquisa em Serviço Social I e II foi essencial para o conhecimento sobre pesquisa científica, contribuindo inclusive para a elaboração do instrumento de coleta de dados (Apêndice A).

O objetivo geral da pesquisa é de conhecer como vem se constituindo o acesso aos direitos de pacientes/usuários internados na Unidade de Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor - HCR, após a alta hospitalar, tendo em vista a busca pela qualidade do atendimento aos usuários e da intervenção dos profissionais, na garantia de acesso aos direitos. Quanto aos objetivos específicos: a) Caracterizar o perfil dos pacientes/usuários orientados; b) Identificar quais direitos sociais foram orientados para os pacientes/usuários da amostra durante o período de internação; c) Examinar quais direitos orientados no período de internação hospitalar foram acessados pelos pacientes/usuários e quais não foram; d) Analisar as facilidades e os entraves encontrados pelos pacientes/usuários para o acesso às políticas públicas e aos direitos sociais e e) Contribuir na qualificação do trabalho do Serviço Social através dos resultados obtidos.

A amostra da pesquisa é de pacientes/usuários com sequelas neurológicas graves, cujo período de internação foi entre o mês de agosto de 2014 a maio de 2015 – mesmo público do Projeto de Intervenção, totalizando 43 pacientes. A identificação da amostra foi realizada pela numeração espontânea de 1 a 43. A amostra desta pesquisa

foi construída a partir da concepção de Turato (2011), cujos critérios de seleção foram conduzidos através da amostragem por variedades de tipos. Os sujeitos foram incluídos e reunidos pelo critério da homogeneidade fundamental, contendo uma amostra fechada no número de tipos de informantes e as características foram eleitas deliberadamente (TURATO, 2011).

O estudo das informações foi através da análise de conteúdo, pela classificação dos conceitos, a codificação dos mesmos e a categorização, que são procedimentos indispensáveis na utilização da análise. Destaca-se a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial como etapas fundamentais para o estudo das informações coletadas. Minayo (2013) aponta que estas três etapas são básicas para análise de conteúdo: estabelecer uma compreensão dos dados coletados; confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e responder às questões norteadoras e ampliar o conhecimento sobre o assunto, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte. Além da divulgação de resultados preliminares neste trabalho de conclusão de curso, posteriormente dar-se-á continuidade à pesquisa, bem como apresentação dos resultados à equipe do Serviço Social do hospital e elaboração de artigo para posteriormente encaminhar para publicação em Revista científica do Grupo Hospitalar Conceição, conforme proposto no projeto de pesquisa e aprovado pelo CEP do GHC.

Porém, este estudo encontra limites no processo de aplicação por diversos motivos, entre eles: os formulários de entrevistas elaborados no período do estágio, que serviram para a coleta de dados, não estão padronizados, pois eles foram se modificando como forma de qualificação durante o processo de execução do Projeto de Intervenção. Então, alguns pacientes/usuários possuem maior registro de informações do que outros. Além disso, a pesquisa foi encaminhada à Plataforma Brasil no mês de dezembro de 2015, mas por ser um estudo em documentos institucionais e sobre seres humanos é necessária a aprovação na Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia (UFRGS) e pelo Comitê de Ética (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição. Isto limitou o período para etapas de coleta de dados e análise de resultados, tendo em vista a aprovação pelas duas instâncias apenas no mês de maio de 2016. Então, os resultados que seguem são resultados preliminares, por isso, a arguição na banca deste trabalho de conclusão de curso torna-se fundamental para qualificação dos dados da pesquisa e andamento das análises da pesquisa que terá término no mês de novembro de 2016. Estes resultados preliminares estão mais bem explicitados no Apêndice B, deste trabalho, a partir de quadros para a sistematização dos dados coletados.

A partir dos resultados preliminares obtidos foi possível identificar as seguintes categorias de análise: Dados sobre os pacientes/usuários (sexo, idade, município de moradia no pós-alta, tempo de internação, diagnóstico e situação trabalhista e previdenciária); Cuidador no período pós-alta; Direitos orientados pela equipe de saúde no período de internação e os Motivos para o não atendimento no período pós-alta; Acesso aos direitos no período pós-alta (direitos da política de saúde, da previdência social e assistência social, direitos acessados através de processo judicial, direitos acessados através de procuração, direito para vítimas de acidente de trânsito); e por fim, sobre a necessidade de orientações no período pós-alta.

Portanto, esta pesquisa contribui para o aprofundamento das intervenções realizadas durante o período de estágio, bem como aguçou a reflexão acerca dos processos de trabalho no qual o assistente social está inserido, pois é necessário que o:

[...] assistente social desenvolva competência crítica para compreender a realidade e, neste caso, a pesquisa se apresenta como instrumento estratégico na atuação profissional, na medida em que pode garantir a unidade entre o saber e o fazer, ancorada em que tipo de sociedade que se almeja (ação política) (MORAES, 2013, p. 260).

Então, a competência crítica pode ser potencializada através da pesquisa científica, proporcionando melhor leitura crítica da realidade. E a partir do conhecimento adquirido é necessário compartilhar com a equipe de saúde e demais serviços de saúde para o melhor atendimento do usuário. Por isso, é possível compreender a importância do Serviço Social em contextos hospitalares, nesse sentido:

Se assim agirmos, firmemente apoiados nos princípios que regem a profissão, bem como nas diretrizes políticas que norteiam o Serviço Social na área da saúde, estaremos praticando uma ética militante no campo dos direitos, com vistas à consolidação dos direitos de cidadania dos usuários do hospital, de seus familiares e dos próprios trabalhadores da saúde (MARTINELLI, 2011, p. 502).

Portanto, o trabalho na perspectiva de acesso aos direitos deve articular e dialogar com a intervenção e a investigação, pois a relação entre teoria e prática é uma relação dialética. A realidade está em constante transformação e por isso, precisa ser constantemente investigada para o aprimoramento da intervenção em busca da transformação social.

4.1.1 Resultados Preliminares: O acesso aos direitos sociais dos pacientes neurocirúrgicos no Hospital Cristo Redentor (HCR) de Porto Alegre

Os direitos orientados pela equipe de saúde na Unidade de Neurocirurgia no período de internação são: Fraldas, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), Auxílio Doença, benefício de 25% de aumento na aposentadoria por invalidez, CAT, Seguro DPVAT, aumento de 25% das aposentadorias por tempo de contribuição, por idade e aposentadoria especial, Curatela, Procuração, Dieta Enteral, Cadeira de Rodas, serviços de saúde mental, acesso a medicações e acompanhamento por médico clínico em Unidade de Saúde. Com os resultados preliminares do estudo, é possível verificar que os objetivos elencados foram atingidos a partir da análise de algumas características do perfil e da internação de cada paciente da amostra, identificação de quais direitos foram acessados e quais não foram, explicitando os entraves para o acesso e propondo ações e estratégias para qualificação dos serviços de alta complexidade do SUS.

A amostra é majoritariamente do sexo masculino: 58%. A idade média de é 52 anos, com idade mínima de 17 anos e idade máxima de 88 anos, caracterizando a predominância da fase adulta, porém percebe-se que as doenças neurológicas perpassam todos os segmentos desde a adolescência até a velhice. A maioria é residente na cidade de Porto Alegre (51%) e na região metropolitana (28%). O tempo de internação variou de 26 dias a dez meses de internação. Este é um dado relativo, pois o período pode variar devido aos fatores: gravidade da doença e sequela, se possui uma rede de proteção familiar, se há um cuidador para o pós-alta e o tempo para a definição do mesmo. As doenças neurocirúrgicas predominantes são o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (35%) e Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) (32,5%) decorrente de traumas. A maioria dos pacientes é aposentado (25,5%), ou seja, contribuiu para a Previdência Social ao longo da vida. Porém é expressivo o número de desempregados e sem contribuição para a Previdência Social (23%).

A análise sobre os cuidadores no pós-alta demonstrou a existência de três categorias: Cuidador intrafamiliar, Clínica particular ou Instituição de Moradia e Cuidador contratado. Então, a grande maioria (72%) será cuidada no pós-alta por familiares. Desses familiares predomina o sexo feminino (77%) e apenas 22,5% serão cuidadores do sexo masculino. O maior número é de mulheres que se dispõem ao cuidado pós-alta, o que significa que as mulheres que trabalham terão de se afastar para cuidar de familiares dependentes de terceiros e não há benefícios no regime geral da

Previdência Social<sup>3</sup> para este tipo de afastamento. Na perspectiva de ampliação de direitos, deveria haver um benefício previdenciário ao trabalhador contribuinte que se afaste do trabalho para realizar os cuidados domiciliares a um familiar doente. Em segundo lugar (23%) aparece o recurso de clínicas particulares para o cuidado no pós-alta, o que depende da situação econômica familiar ou de instituições públicas para moradia aos pacientes que não tinham cuidador e necessitaram aguardar a melhora da seqüela para receber a alta hospitalar. Ou seja, não há um serviço público de atendimento especializado em tempo integral a pessoas que necessitam de cuidados de terceiros. E, em último lugar, (4,6%) ficou a contratação de cuidadores em domicílio que costuma custar um salário mínimo, em média, por mês, ou seja, restringindo para quem tem condições financeiras para este custeio.

Dos 43 pacientes, foram apenas 17 (40%) que tiveram atendimento no período de execução do Projeto de Intervenção, após a alta hospitalar, no mesmo dia da consulta no ambulatório ou reabilitação. Nestes atendimentos foram identificados o processo de acessar os direitos e registrados nos prontuários. Então, 26 pacientes (60%) tiveram atendimento apenas no período de internação, por isso, não foi possível identificar o processo de acesso aos direitos. Porém, analisou-se quais direitos desta porcentagem foram orientados neste período, demonstrados a seguir: todos os pacientes recebem a orientação sobre a consulta com médico na Unidade de Saúde e sobre o acesso a medicações, então pode-se considerar que os direitos mais orientados foram Curatela (69%), Fraldas (53%) e Dieta Enteral (31%).

A fim de explicitar os motivos do não atendimento após a alta hospitalar no período de estágio curricular da maior parte dos pacientes do público-alvo do Projeto de Intervenção e mesmo público da amostra da pesquisa, seguem os dados a seguir: foi consideravelmente grande o número de óbitos (46%) entre a amostra, o que demonstra a gravidade das sequelas ocasionadas por doenças neurocirúrgicas e fatores externos. Sugere-se que este dado seja mais aprofundado pela equipe de Neurocirurgia do HCR para saber quanto tempo após a alta hospitalar, como foi este óbito, em que condições de saúde estava o paciente, se estava recebendo cuidados em tempo integral, se tinha acesso à unidade de saúde, entre outras informações que possam qualificar o serviço.

---

<sup>3</sup> O projeto de lei PL 1876/2015 cria o benefício Auxílio-Doença Parental. O qual afasta do trabalho o segurado por motivo de doença do cônjuge, dos pais, dos filhos, do padrasto, madrasta, enteado, ou dependente que viva às suas expensas e conste da sua declaração de rendimentos. O auxílio se dará mediante comprovação por perícia médica, até o limite máximo de doze meses. Este projeto já foi aprovado pelo Senado Federal e aguarda aprovação na Câmara dos Deputados.



Por outro lado, 23% tiveram melhora no quadro neurológico antes da alta hospitalar – o que significa que não necessitaram mais de recursos orientados (como fralda, cadeira de rodas e etc).

Dos 43 pacientes, então, apenas 17 (40%) tiveram atendimento no período de internação e no período após a alta hospitalar para a identificação do acesso aos direitos. Para esta identificação se considerou a concessão/materialidade do recurso e não o detalhamento deste processo. Há a especificidade do município em que este recurso foi encaminhado, considerando a municipalização da saúde, se foi acessado por política pública, particular, ou por doação. Em relação aos direitos orientados da Política de Saúde, cinco pacientes (30%) tiveram acompanhamento pelo PAD/GHC no pós-alta, que é essencial para o cuidado em saúde após a alta hospitalar, mas que tem critérios de inclusão, já abordadas anteriormente.

Analisa-se que 14 pacientes (82% entre os 17) foram orientados quanto ao acesso à dieta enteral. Destes, dois pacientes (14%) não encaminharam o direito, segundo o prontuário porque não foi necessário, os pacientes tiveram melhora clínica. Então, 12 pacientes (86%) encaminharam o pedido para acessar o direito e nos municípios de Porto Alegre, Alvorada, Eldorado do Sul, Imbé, Guaíba e Cidreira. Dos 12 pacientes, onze (92%) tiveram a concessão do direito e um paciente (6%) estava aguardando (município de Imbé), segundo o prontuário, no atendimento realizado no pós-alta. O tempo para o acesso foi de menos de um mês, em Porto Alegre e Eldorado do Sul e três meses em Alvorada. Sobre o município de Cidreira não foi informado o tempo de espera para a concessão no documento analisado.

Em relação ao acesso a Cadeira de Rodas, sete pacientes (41%) foram orientados sendo que cinco pacientes destes (71%) não entraram com o pedido para acessar o direito. Segundo os prontuários, os familiares alegaram dois motivos: 1) Não quiseram encaminhar por achar que demoraria a acessar e por isso, não adquiriram pelo SUS e 2) paciente está acamada não estando apta a utilizar uma cadeira de rodas no momento. Destes que não encaminharam, dois acessaram (40%) a partir de locação (particular) e os outros dois (40%) por doação, demonstrando que desistiram de encaminhar o direito antes mesmo de entrar com o pedido pelo SUS. Infere-se que não foram sensibilizados quanto à importância de pressionar o Estado para a garantia de direitos e da possibilidade de se enxergarem como sujeitos de direitos. Dos dois pacientes que entraram com o pedido para acessar o direito, foi no município de Porto Alegre, e os

dois estavam aguardando a concessão na época de execução do projeto de intervenção (sem maiores detalhes no registro) em que foi realizado o atendimento pós-alta.

Além desses pacientes, mais cinco (30%) relataram, na época de execução do projeto de intervenção, a necessidade de acesso ao direito e não foram orientados no período da internação hospitalar e já haviam adquirido de forma particular ou por doação no atendimento pós-alta. É possível perceber que o direito a cadeira de rodas não foi orientado a pacientes que necessitaram no pós-alta e que a orientação a este direito precisa ser mais qualificada, tendo em vista que há descrença no poder público, o que é real, mas deve-se orientar sobre a importância dos encaminhamentos, mesmo o tempo de espera sendo longo, para que o Estado tenha conhecimento da demanda. Além disso, é necessário analisar os pacientes na unidade de internação e avaliar quais necessitarão do recurso de Cadeira de Rodas após a alta hospitalar, para que nenhum paciente tenha alta sem ter recebido as devidas informações e orientações.

Foram 13 pacientes (76%) orientados. Destes, oito pacientes (61,5%) entraram com o pedido para acessar o direito pelo SUS (Farmácia do Estado ou pelo Programa da Farmácia Popular) e cinco pacientes (30%) não entraram com o pedido. Segundo os prontuários, relataram no atendimento executado no Projeto de Intervenção que: não quiseram encaminhar por achar que demoraria para acessar (quatro pacientes) e a instituição de moradia/clínica fornece (um paciente). Dos oito pacientes que entraram com o processo, quatro pacientes (50%) tiveram a concessão do direito nos municípios de Viamão, Guaíba e Alvorada. O tempo para o acesso foi menos de um mês em Viamão, dois meses de espera em Guaíba e de quatro meses em Alvorada. Os outros quatro pacientes (50%), do município de Porto Alegre, estavam aguardando a concessão no momento do atendimento. Em relação a serviços da saúde mental, nenhum paciente foi orientado e nenhum relatou no período de execução do Projeto de Intervenção, a necessidade no atendimento pós-alta.

Sobre o direito ao acesso à rede de serviços da Saúde Mental, nenhum paciente foi orientado sobre os serviços disponíveis. A partir dos atendimentos realizados no estágio curricular identifica-se que a saúde mental é uma demanda além de se caracterizar como direito. Porém, a saúde mental precisa ser mais trabalhada no HCR, principalmente com este público da amostra. Os pacientes que faziam abuso de drogas antes da internação terão vontade e necessidade, por questões biológicas e sociais, de usá-las novamente e isto precisa ser considerado pelos profissionais de saúde. Acredita-se que o uso de drogas, na perspectiva da Redução de Danos, seja realizado da forma mais consciente,

autônoma e menos nociva possível ao usuário. Por isso, é importante a vinculação nos serviços ofertados pela rede de saúde. Além disso, estar na condição de dependência de cuidados de terceiros e a mudança significativa na rotina do paciente pode ser um dispositivo para doenças como a depressão, que poderiam ser prevenidas ainda no período de internação.

Em relação ao direito de acesso ao atendimento médico em unidade de saúde de referência todos foram orientados (100%), porém isso é realizado sem a realização de contato telefônico para a Unidade de Saúde de referência. Apenas oito pacientes (47%) fazem o acompanhamento com o médico nos municípios de Alvorada, Sapucaia do Sul, Porto Alegre (um paciente após o término de tratamento com PAD), Guaíba e Viamão. Sendo que nove pacientes (53%) não fazem o acompanhamento, segundo os prontuários verbalizaram no atendimento pós-alta os seguintes motivos: 1) Família não achou necessário porque faz acompanhamento com médico do PAD (quatro pacientes/usuários), 2) Porque faz acompanhamento com o médico da instituição de moradia/clínica (dois pacientes/usuários), 3) Família não achou necessário, pois ele teve melhora clínica após a alta hospitalar e faz acompanhamento na Reabilitação do HCR (dois pacientes/usuários), 4) Foi negado atendimento pela equipe de saúde da unidade de saúde de referência que alegou que não atenderia o paciente porque contraiu bactéria durante a internação hospitalar (um paciente/usuário do município de Cidreira). Os pacientes que têm acompanhamento no PAD já estão acessando o direito de atendimento médico e, após o desligamento, a equipe realiza o encaminhamento para o médico da Unidade de Saúde, o que é de extrema importância.

Dos nove (53%) que não fazem acompanhamento, é porque já fazem em outro serviço. Sobre este acesso deve-se enfatizar sobre a importância do vínculo, por se localizar no território de moradia do paciente e não apenas para a condição de saúde clínica do momento da alta hospitalar, mas para outras necessidades que poderão vir a longo prazo. Ao paciente que teve o atendimento negado, no período de estágio, orientou-se a família a entrar com processo pela Defensoria Pública exigindo a continuidade do acompanhamento médico. Além disso, é necessário fazer um trabalho intersetorial com a equipe de saúde da Unidade de referência, também para deixá-los cientes quanto ao quadro de saúde do paciente e responsabilizá-los do cuidado pós-alta. Levando em consideração que nem todas as Unidades de Saúde fazem visita domiciliar aos pacientes acamados, o ideal seria que todos pacientes pudessem ter acesso a um programa como o PAD.

Em relação ao acesso ao direito à medicação, todos (100%) os pacientes recebem receita médica no dia da alta hospitalar e recebem orientação para acesso no SUS. Pode-se analisar que as medicações mais orientadas para pacientes neurocirúrgicos são 58% Analgésicos e 28% Anti-hipertensivos. Dos 17 pacientes que tiveram o acesso aos direitos identificados, 16 entraram (94%) com o pedido para acessar o direito às medicações e um (6%) não entrou porque, segundo o prontuário, ele disse em atendimento que não foi necessário encaminhar pelo SUS as medicações: Dipirona, Amitriptilina, Atenolol no município de Alvorada. Os pacientes que encaminharam o acesso ao direito às medicações todos acessaram pelo menos uma das medicações orientadas pelo Sistema Único de Saúde através das Unidades de saúde de referência, nos seguintes municípios: Viamão (Dipirona, Sinvastatina, Carbamazepina, Enalapril, Fenitoína), Alvorada (CBZ, Propranolol e Paracetamol, Guaíba (Paracetamol e Atenolol), Cidreira (Paracetamol), Porto Alegre (Metoprolol succinato, Omeprazol e Paracetamol). Os pacientes do município de Porto Alegre que fizeram acompanhamento pelo PAD/GHC acessaram pelo programa todas as medicações orientadas no período de internação.

Porém, houve medicamentos que não foram acessados pelo SUS. Os medicamentos menos acessados foram: Analgésicos (Dipirona, Codeína e Tramadol) e Antiepiléptico (Fenitoína), sendo os analgésicos as medicações mais orientadas. Há divergência de acesso entre os municípios, mas pode-se concluir que em Porto Alegre, provavelmente por causa do PAD, é o município que mais garantiu acesso à medicação e Guaíba é o município que menos garantiu o acesso às medicações.

Pode-se concluir que em relação aos direitos orientados da política de Saúde o município de Porto Alegre é o município que mais garantiu o acesso à saúde, em relação aos outros municípios do interior e da região metropolitana. A capital possui mais recursos financeiros e humanos, por isso, acolhe a demanda de todo estado do Rio Grande do Sul. Um fator determinante para isto é pela existência do programa PAD/GHC, porque todos os pacientes que fizeram a continuidade do cuidado neste programa tiveram acesso a medicações, dieta enteral e atendimento por equipe especializada, a qual também faz o trabalho de referenciar cada paciente a sua unidade de saúde, após o término de execução do programa.

O acesso aos direitos da Política de Assistência Social referem-se ao Benefício de Prestação Continuada – BPC, o qual foi orientado para quatro pacientes (23,5%). Destes, todos entraram com o processo nos municípios de Porto Alegre, Alvorada,

Guaíba e Cidreira. Desse total, metade, dois pacientes (50%) estavam aguardando de um a dois meses para a concessão, no momento de execução do Projeto de Intervenção e os outros dois pacientes (50%) tiveram a concessão negada devido à renda familiar ser acima da exigência. Porém, no momento da internação hospitalar foi orientado justamente por ter sido verbalizado durante o atendimento o enquadramento nas condicionalidades.

Em relação aos direitos da Política da Previdência Social incluem-se o Auxílio Doença, 25% de aumento na Aposentadoria por Invalidez e ao Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT). Sobre o Auxílio Doença foi orientado a seis pacientes (35%) e todos entraram com o processo para o acesso, nos municípios de Porto Alegre, Viamão e Alvorada. Todos pacientes tiveram a concessão, no tempo de um mês, em Porto Alegre, dois meses em Viamão e em Alvorada não foi informado no prontuário. Já ao benefício de 25% de aumento da Aposentadoria por invalidez teve um paciente orientado 6%, o qual entrou com o processo para o acesso e estava aguardando a concessão há dois meses no município de Sapucaia do Sul. Em relação a CAT teve um paciente orientado 6% devido a acidente de trabalho caracterizado como acidente de trânsito de percurso, porém segundo o cuidador, a empresa não emitiu a CAT devido ao boletim da SAMU conter "teor alcoólico", ou seja, se desresponsabilizando pelo funcionário que sofreu acidente de trabalho. Segundo o Ministério do Trabalho e Previdência Social não há exceções para a emissão da CAT.

O acesso aos direitos de posse de Curatela e 25% de aumento para demais aposentadorias ocorre através de processo judicial. Foram 14 pacientes (82%) que tiveram suas famílias orientadas para o encaminhamento com o processo de Interdição para obter a Curatela do paciente. Sendo quatro familiares (23,5%) que não entraram com o processo, verbalizando, segundo o prontuário no atendimento, os seguintes motivos: 1) Paciente teve melhora neurológica, podendo responder pelos seus atos civis (dois pacientes), 2) Familiar referiu que não foi necessário este documento, 3) O familiar referiu que estava aguardando documentação para o encaminhamento. Dos 14 pacientes, dez (71%) entraram com o processo de Interdição e desses, seis pacientes (60%) tiveram a concessão e três (30%) estavam aguardando no momento do atendimento pós-alta. Um paciente (10%) suspendeu o processo depois de quatro meses de espera, pois não havia mais necessidade da Curatela, ou seja, não acessaram este direito. Entre os que encaminharam o processo judicial de Interdição (acesso à Curatela), quatro pacientes (40%) foram com advogado particular tendo tido de dois a

três meses de espera, encaminhado no período de recesso da Justiça. E cinco pacientes (50%) encaminharam com defensor público e o tempo para o acesso via Defensoria pública foi em torno de um mês de espera em Porto Alegre. Em relação ao direito de 25% de aumento para aposentadorias, teve um paciente (6%) orientado, o qual não tinha entrado com o pedido para o acesso no momento do atendimento, referindo segundo o prontuário, que a família deu prioridade para o encaminhamento de direitos mais urgentes, mas que iria entrar com o processo.

Ao acesso ao direito do familiar possuir Procuração foi orientado a dois pacientes (11,7%) e os dois tiveram a concessão via cartório. O acesso à Procuração é um recurso pago, mas devido à importância que este documento representa para uma pessoa doente que não pode se locomover para responder seus atos civis, poderia ser custeado pelo Estado para que todos que necessitarem possam acessá-la. Ou através de uma parceria com essas instituições particulares, facilitando o acesso a pessoas com baixa renda, ou através da criação de uma instituição pública que tenha competência para isto.

O acesso ao Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) para vítimas de acidente de trânsito, foi orientado a quatro pacientes (23,5%). Sendo que desse total, três pacientes (75%) entraram com o processo para o acesso e estavam aguardando no momento do atendimento de três a seis meses para a concessão. E o paciente que não encaminhou verbalizou no atendimento, segundo o prontuário, que não havia encaminhado ainda, mas que iria encaminhar. Este direito tem a validade de dois anos após o acidente para o encaminhamento.

Nos prontuários analisados havia a informação de que seis pacientes (35%) dos 17 atendidos após a alta hospitalar (na reabilitação ou ambulatório) necessitaram de orientações sobre procedimento para o acesso a direitos das políticas de saúde, previdência social, direitos via processo judicial, via procuração e sobre o seguro DPVAT. O Serviço Social faz parte da equipe do serviço de Reabilitação do HCR, por isso, garante o atendimento aos pacientes desse serviço no pós-alta, porém no ambulatório não há atendimento diário pela equipe de Serviço Social, apenas por demanda espontânea.

## 5 CONCLUSÕES

O assistente social inserido no campo das políticas sociais deve trabalhar na perspectiva de acesso aos direitos, que se referem aos direitos sociais, políticos, civis e humanos, porém não como um fim do trabalho profissional. Essa intervenção exige a compreensão das contradições existentes neste processo, que são fruto das múltiplas dimensões da questão social advinda do sistema capitalista. Há limites e entraves para a realização de processos realmente justos e igualitários, considerando a distância entre os princípios legais à garantia de fato. Os direitos sociais são dinâmicos e exigem sua defesa incessante, assim como, a luta diária para a ampliação dos mesmos. Afinal são resultados de processos históricos de correlação de forças entre as classes, impulsionados pela resistência da classe trabalhadora. As políticas sociais não possuem o poder de transformação social na totalidade, mas realizam transformações singulares e coletivas na vida dos sujeitos, permitindo acesso parcial aos bens socialmente produzidos.

No Brasil, os regimes antidemocráticos representados pela repressão e violação de direitos, influenciaram a organização social da população em busca de melhores condições de vida e saúde, através do Movimento da Reforma Sanitária. As demandas e reivindicações perpassavam questões amplas como de uma nova organização societária, em defesa de uma sociedade mais justa, democrática e igualitária, além de demandas particulares como acesso à saúde universal, através da organização da seguridade social. Incorporado na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde se materializou de forma universal, descentralizada, unificada e com a participação social. A legislação afirma a visão ampliada de saúde e os determinantes sociais implicados no processo saúde-doença, considerando as condições de habitação, saneamento, educação, segurança entre outros determinantes, que são expressões da questão social. Mesmo isto sendo reconhecido em lei, no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde é muito difícil ações que garantam atendimento de forma intersetorial, interdisciplinar e integral para o cuidado em saúde dos usuários.

O assistente social na alta complexidade do SUS trabalha na perspectiva de acesso ao direito à saúde de qualidade, gratuita e de responsabilidade do Estado, bem como contribuindo para a compreensão e visibilidade dos determinantes sociais pelos demais profissionais da equipe de saúde. Para isto, se faz necessário fornecer orientações e informações qualificadas para o acesso aos direitos, a fim de que os

usuários possam acessá-los após a alta hospitalar e ter melhor qualidade de vida em todos os âmbitos, assim como, o suporte para o tratamento de sua doença. Isto exige a operacionalização através de instrumentos técnicos-operativos, com postura ético-política e conhecimento teórico-metodológico respaldados pelo Projeto Ético-político profissional. O reconhecimento da questão social como objeto profissional é legitimado pelo Projeto profissional, através das competências, habilidades e atribuições a partir de postura crítica e reflexiva. O trabalho ainda deve ser pedagógico a partir de processos reflexivos junto aos usuários a fim de contribuir para autonomia dos sujeitos.

É preciso estar atento à influência neoliberal, que no campo da saúde se materializa na participação de empresas privadas na oferta de serviços à população, portanto a defesa da Reforma Sanitária ainda se faz necessária no cotidiano de trabalho, principalmente em contextos de crise do capital. A postura profissional deve ser propositiva e reflexiva para articular as dimensões subjetivas dos usuários com as questões concretas vivenciadas através de escuta e sensibilidade, o que pressupõe o acolhimento e criação de vínculos para um atendimento qualificado. Para isso, torna-se indispensável o cuidado de si que se refere a estratégias de enfrentamento a posturas conservadoras e ao sofrimento causado pelos processos de trabalho. Isso se torna possível pela participação em espaços de discussão da categoria, espaços de reunião e capacitação com profissionais de outras áreas de conhecimento, educação permanente, a realização de pesquisas como instrumento para o desenvolvimento de competência crítica.

A partir da relação entre teoria, prática e investigação foi possível o conhecimento sobre o trabalho na perspectiva de acesso aos direitos na atenção de alta complexidade do SUS, bem como foi possível realizar análise preliminar sobre o processo de acesso aos direitos sociais de pacientes/usuários neurocirúrgicos, após a alta hospitalar. Os direitos orientados no período de internação pela equipe de saúde referem-se aos direitos para o acesso a medicações, fraldas, dieta enteral, cadeira de rodas, acompanhamento por equipe de saúde na Atenção Básica, benefícios para trabalhadores com ou sem contribuição para Previdência Social, Comunicado de Acidente de Trabalho e Seguro DPVAT. Além disso, inclui recursos como a Procuração, que é um documento necessário para o encaminhamento de direitos e processo judicial de Interdição para a concessão de Curatela. Estes direitos são orientados por toda equipe de saúde, no período de internação, através da identificação de necessidades. Pode-se analisar que são levados em consideração os determinantes



sociais de cada paciente/usuário, mesmo sendo a maioria das orientações restritas ao diagnóstico.

Para o acesso a estes direitos e recursos há limites e entraves, tendo em vista, que alguns são cobrados, alguns possuem período grande de espera para a concessão e alguns usuários não encaminham para a rede pública pela descrença da proteção social pelo Estado, exigindo um trabalho pedagógico que possibilite a autonomia dos sujeitos e reconhecimento das contradições implicadas neste processo. É possível concluir que os pacientes da Neurocirurgia do Hospital Cristo Redentor de Porto Alegre acessam a maior parte dos recursos necessários e são orientados para uma melhor qualidade de vida após uma seqüela neurológica. Porém, as orientações e serviços ofertados pelos profissionais de saúde, durante o período da internação, deve-se pensar em outras estratégias de alcance para que se possa atingir o cuidado integral em saúde. Isto exige o olhar interprofissional da equipe de saúde, assim como o trabalho intersetorial com outras políticas sociais para que o trabalho na perspectiva de acesso aos direitos, no contexto capitalista, seja efetivo.

Então, se faz necessário analisar e refletir sobre essas orientações e informações fornecidas aos pacientes/usuários. É possível perceber que é preciso rediscuti-las, aprimorá-las e qualificá-las. Percebe-se que ainda há o não reconhecimento como sujeito de direitos pelos usuários do serviço, a não realização de “round”, o que dificulta muito o trabalho interprofissional e o trabalho intersetorial que poderia ser qualificado no sentido de conhecer os serviços e pensar em encaminhamentos em conjunto com os profissionais de outros serviços. Isto era realizado apenas nos casos mais graves, que mais mobilizavam a equipe, como por exemplo, no caso de paciente sem cuidador no pós-alta, mas este processo precisa estar internalizado pela equipe de saúde nos processos de trabalho.

Portanto, para o trabalho na perspectiva de direitos é preciso lutar pela ampliação de direitos sociais, como o direito de afastamento do trabalho para o cuidado de familiares doentes, da ampliação de políticas públicas como a criação de clínicas com equipe especializada para os cuidados 24h pela rede pública de atendimento a todos os segmentos (não só para a população idosa). A defesa pela ampliação de programas de atendimento domiciliar, do Melhor em Casa como o PAD/GHC, para todo o estado do Rio Grande do Sul, além de fornecer informações sobre a importância da contribuição previdenciária para quem trabalha, com ou sem vínculo para adquirir segurança financeira quando for necessário afastamento do trabalho, mesmo a política

de Previdência Social ser contraditória pelo caráter de Seguro Social. Esta defesa de ampliação de direitos sociais se caracteriza como ações voltadas para a garantia da integralidade do cuidado de saúde a partir da compreensão dos determinantes sociais no processo de saúde-doença. Institucionalizar nos processos de trabalho um espaço interprofissional com a equipe de saúde da unidade de internação para pensar coletivamente em encaminhamentos e ações voltadas ao trabalho em conjunto com outras políticas sociais. Além disso, ter sensibilização no trato com o paciente, ações de caráter pedagógico, trabalho de grupo com os familiares dos pacientes, educação permanente, participação e fomento de espaços de controle social devem estar na agenda dos assistentes sociais no campo da política de saúde.

## REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação**. São Paulo: Veras Editora, 2000.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROCO, M. L. S. **Ética: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 47- 165.
- BARROSO, Véra Lucia Maciel. **Memórias do Hospital Cristo Redentor e do bairro operário de Porto Alegre**. ANPUH – XXV Simpósio Nacional de História – Fortaleza, 2009.
- BEHRING, Elaine Rosseti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história** – 9 ed. – São Paulo: Cortez, 2011.
- BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**, 1992. Disponível em: <[http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/297730/mod\\_resource/content/0/norberto-bobbio-a-era-dos-direitos.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/297730/mod_resource/content/0/norberto-bobbio-a-era-dos-direitos.pdf)>. Acesso em: 17 de maio de 2016.
- BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. – 10ª. Ed. Ver. E atual.** – [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].
- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro9.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf)>. Acesso em: 21 de abril de 2016.
- BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Artigos 194, 195 e 199. Lex: legislação federal e marginalia, São Paulo. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 06 de maio de 2016.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**, 2006. em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)>. Acesso em: 21 de abril de 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.338 - Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências**, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338\\_03\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html)>. Acesso em: 08 de Junho de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Qualisus-Rede**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/397-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/qualisus-rede/11-qualisus-rede/13274-conheca-o-qualisus-rede>>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Benefício de Prestação Continuada**. Brasília, 2010. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/>>. Acesso em 19 de Agosto de 2015.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)**. Publicado em 24 de Fevereiro de 2016. Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/servicos-do-ministerio/servicos-da-previdencia/outros-servicos-ao-cidadao/comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat>>. Acesso em: 19 de junho de 2016.

BRASIL, **Sistema Único de Saúde**. Lei 8.080, 1990. Artigo 3º. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 21 de abril de 2016.

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

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo. **Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal**. Direitos Sociais e Política Pública. Serv. Soc. São Paulo, n. 105. Março, 2011.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. MERHY, Emerson Elias. **Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar**. Campinas, março de 2003. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>>. Acesso em: 1º de junho de 2016.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 21 de abril de 2016.

FLEURY, S. **A Seguridade Social inconclusa**. 2006. Disponível em: <[www.fgv.rj.br/](http://www.fgv.rj.br/)>. Acesso em: 21 de abril de 2016.

GOMES, Cláudia Maria Costa. **A valorização da luta por direitos no Serviço Social contemporâneo**. Serviço Social & Sociedade, n° 99. São Paulo, 2009.

GONH, Maria da Glória. **História dos movimentos e lutas sociais**. 6. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011. p. 195-214.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Informações hospitalares Hospital Cristo Redentor de Porto Alegre**. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=4>>. Acesso em: 10 de Junho de 2016.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, Cortez, 1983.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. Editora Cortez: São Paulo. 23. ed. 2014.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza**. Est. Aval. Educ., São Paulo, v. 25, n. 58, p. 22-42, maio/ago. 2014.

LEWGOY, Alzira M. Baptista. **Dimensão ético-política: desafios e reafirmação de compromissos**. In: Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional. Cap. 4. Editora Cortez: São Paulo, 2ed., 2010. p. 150-160.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. SILVEIRA, E. M. C. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social**. In: Rev. Textos e Contextos. v. 6 n. 2 p. 233-251. jul./dez. 2007.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de estágio em Serviço Social e os instrumentos normativos: a direção ética, política teórica e pedagógica**. In: CARLOS, Sérgio Antonio. LEWGOY, Alzira Maria Baptista. *Supervisão em Serviço Social: uma perspectiva de formação permanente*. Porto Alegre: Prorext/UFGRS, 2014.

LONARDONI, Eliana. OLIVEIRA, Juliene Aglio de. **Serviço Social e Direitos Sociais: Entre a garantia legal e o acesso**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1534/1464>>. Acesso em: 21 de nov.2014.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2011, n.107, p.497-508. ISSN 0101-6628. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282011000300007>>. Acesso em 08 de Junho de 2016.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica**. *Intervenção Social*, 28, p. 918, 2003. Disponível em: <<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1060/1181>>. Acesso em 08 de junho de 2016.

MATOS, Maurílio Castro. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Org.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MENDES. E.V. **Redes de Atenção à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva**, N. 15. V.5, 2010, p. 2297-2305. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05>>. Acesso em: 12 de Junho de 2016.

MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ªed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONNERAT, Giselle Lavinias. SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da **Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil**. Revista Katál., Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 21 de abril de 2016.

MONTAGÑO, Carlos; DURIGHETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010. – (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 5 ). p. 19-48.

MORAES, Carlos Antonio de Souza. A "**viagem de volta**": **significados da pesquisa na formação e prática profissional do Assistente Social**. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2013, n.114, pp.240-265. ISSN 0101-6628. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282013000200003>.

NETTO, José Paulo. (1999). **A construção do projeto ético-político do Serviço Social**. In Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1 – Brasília: Cead/ABEPSS/CFESS. 1999. Disponível em: <<http://welbergontran.com.br/cliente/uploads/4c5aafa072bcd8f7ef14160d299f3dde29a66d6e.pdf>>. Acesso em: 1º de junho de 2016.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do Método de Marx**. – 1. Ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, Vera M. R. **Elementos para Pensar a Pesquisa como Princípio Formativo em Serviço Social**. Revista Temporalis, Brasília (DF), ano 10, n.19, p. 97-108, jan/jun, 2010.

NOGUEIRA, Vera M. R.; MIOTO, R. C. T. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. In: OTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2006. Disponível em:<[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/inicio.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm)>. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 2016.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. V.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 21 de abril de 2016.

PASTORINI, Alejandra. **As políticas sociais e o Serviço Social: Instrumento de reversão ou manutenção das desigualdades?** In: MONTAÑO, Carlos. A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução. São Paulo: Cortez, 2009.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. **Intersectorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado?**. O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, Brasil. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p.331-48, mar/ago 2004.

PEREIRA, Potyara. **Política Social: temas & questões**. 2ª edição – São Paulo: Cortez, 2009.

RAMOS, Graziela Dourado. **Relatório Final de Estágio Supervisionado em Serviço Social I**. Relatório de conclusão de Estágio I, orientado pela professora Alzira Maria Baptista Lewgoy. Porto Alegre, 2014.

RAMOS, Graziela Dourado. **Relatório Final de Estágio Supervisionado em Serviço Social II**. Relatório de conclusão de Estágio II, orientado pela professora Alzira Maria Baptista Lewgoy. Porto Alegre, 2015.

RAMOS, Graziela Dourado. **Relatório Final de Estágio Supervisionado em Serviço Social III**. Relatório de conclusão de Estágio III, orientado pela professora Alzira Maria Baptista Lewgoy. Porto Alegre, 2015.

REIDEL, Tatiana. **O projeto ético político e suas implicações no trabalho e na formação profissional**. In: CARLOS, Sérgio Antonio. LEWGOY, Alzira Maria Baptista. Supervisão em Serviço Social: uma perspectiva de formação permanente. Porto Alegre: Prorext/UFGRS, 2014.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social: Particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Sala de aula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 21 de abril de 2016.

TURATO, EGBERTO RIBEIRO. **Tratado de metodologia de Pesquisa Clínico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas; 5ªed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

VASCONCELOS, A. M. **Serviço Social e Práticas Democráticas em Saúde**. In: MOTA, A. E. *et al.* (orgs.) *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

WOLFF, Maria Palma. **Direitos Sociais: fundamentos e política de implementação**. 1. Ed. São Paulo: Estúdio Editores.com, 2015.

WÜNSCH, Dolores Sanches. MENDES, Jussara Maria Rosa. **Processos de trabalho e a instrumentalização do trabalho profissional nas dimensões da competência profissional**. In: CARLOS, Sérgio Antonio. LEWGOY, Alzira Maria Baptista. Supervisão em Serviço Social: uma perspectiva de formação permanente. Porto Alegre: Prorext/UFGRS, 2014.

WÜNSCH, Dolores Sanches; MENDES, Jussara Maria Rosa. **Saúde do trabalhador e proteção social: as repercussões da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo.** Estudos do Trabalho, v. 5, n. 9, p. 163-175, 2011.



## APÊNDICE A

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: IDENTIFICAÇÃO DO ACESSO A DIREITOS NO PÓS-ALTA DE PACIENTES DA NEUROCIRURGIA DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR (HCR)**

**1.DADOS SOBRE O PACIENTE:**

1.1 Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )

1.2 Idade:

1.3 Município de moradia do pós-alta:

1.4 Período de internação hospitalar:

1.5 Causa da internação/diagnóstico:

**2.Cuidador no pós-alta:**

2.1 ( ) Familiar.

2.2 Qual o parentesco com familiar:

2.3 ( ) Instituição/Clínica.

2.4 ( ) Cuidador contratado.

3. Quais direitos foram orientados no período de internação?

4. Paciente teve acompanhamento pelo PAD/GHC no pós-alta:

( ) SIM ( ) NÃO.

**ACESSO A DIREITOS DA POLÍTICA DE SAÚDE:****5. Dieta enteral:**

5.1 Paciente foi orientado no período de internação? ( ) SIM. ( ) NÃO.

5.2 Se não, no pós-alta foi identificado a necessidade do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

5.3 Paciente entrou com o pedido para acessar o direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

5.4 Se não, constam os motivos para o não encaminhamento do direito? Se sim, quais foram os motivos?

5.5 Se entrou com o pedido teve a concessão do direito?

( ) SIM. ( ) Sim, acesso foi particular. ( ) Sim, acesso por doação. ( ) Está aguardando.

( ) NÃO.

5.6 Se sim, consta quanto tempo para o acesso ao direito? ( ) SIM. ( ) NÃO. Se sim, quanto tempo?

5.7 Se não, constam qual/quais os motivos para o não acesso ao direito?

**6. Medicações:**

6.1 Paciente teve orientação de medicações no momento da alta hospitalar? ( ) SIM. ( ) NÃO.

6.2 Se sim, quais medicações foram orientadas no momento da alta hospitalar?

6.3 Paciente entrou com o pedido para acessar o direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

6.4 Se não, constam os motivos para o não encaminhamento do direito? Se sim, quais foram os motivos?

6.5 As medicações foram acessados: ( ) SIM. ( ) NÃO.

6.6 Se sim, como: ( ) SUS. ( ) Particular. ( ) Instituição de moradia/clínica.

6.7 Se pelo SUS, as medicações foram acessadas em:

( ) Unidade de Saúde. ( ) Farmácia Distrital. ( ) Farmácia do Estado. ( ) PAD.

6.8 Se particular, constam qual/quais medicamentos não foi/foram acessados pelo SUS?

**7. Cadeira de Rodas:**

7.1 Paciente foi orientado no período de internação? ( ) SIM. ( ) NÃO.

7.2 Se não, no pós-alta foi identificado a necessidade do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

7.3 Paciente entrou com o pedido para acessar o direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

7.4 Se não, constam os motivos para o não encaminhamento do direito? Se sim, quais foram os motivos?

7.5 Se entrou com o pedido teve a concessão do direito?

( ) SIM. ( ) Sim, acesso foi particular. ( ) Sim, acesso por doação. ( ) Está aguardando.  
( ) NÃO.

7.6 Se sim, consta quanto tempo para o acesso ao direito? ( ) SIM. ( ) NÃO. Se sim, quanto tempo?

7.7 Se não, constam qual/quais os motivos para o não acesso ao direito?

#### **8. Consulta com médico clínico da Unidade de Saúde de referência:**

8.1 Paciente teve a orientação de manter acompanhamento com médico clínico da Unidade de Saúde no momento da alta hospitalar? ( ) SIM. ( ) NÃO.

8.2 Paciente faz acompanhamento com médico clínico da Unidade de Saúde?  
( ) SIM. ( ) NÃO.

8.3 Se não, constam por quais motivos não faz o acompanhamento?

#### **9. Fraldas:**

9.1 Paciente foi orientado no período de internação? ( ) SIM. ( ) NÃO.

9.2 Se não, no pós-alta foi identificado a necessidade do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

9.3 Paciente entrou com o pedido para acessar o direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

9.4 Se sim, foi por: ( ) Farmácia do Estado.  
( ) Programa da Farmácia Popular (por representante legal).  
( ) Ambos.

9.5 Se não, constam qual/quais os motivos para não encaminhar o direito?

9.6 Paciente teve a concessão do direito? ( ) SIM. ( ) Sim, acesso foi particular. ( ) Sim, acesso por doação. ( ) Está aguardando. ( ) NÃO.

9.7 Se sim, consta em quanto tempo para o acessar ao direito? ( ) SIM. ( ) NÃO. Se sim, quanto tempo?

9.8 Se não, constam qual/quais os motivos para o não acesso ao direito?

#### **10. Saúde Mental:**

10.1 Paciente teve a orientação para acessar algum serviço de saúde mental?  
( ) SIM. ( ) NÃO.

10.2 Se não, no pós-alta foi identificado a necessidade de acessar algum serviço de saúde mental? ( ) SIM. ( ) NÃO.

10.3 Se sim, consta em quanto tempo para acessar ao direito? ( ) SIM. ( ) NÃO. Se sim, quanto tempo?

### **ACESSO A DIREITOS DA POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL:**

#### **11. Benefício de Prestação Continuada - BPC (benefício da Política de Assistência Social):**

11.1 Paciente foi orientado no período de internação? ( ) SIM. ( ) NÃO.

11.2 Se não, no pós-alta foi identificado a necessidade do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

11.3 Paciente entrou com o pedido para acessar o direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

11.4 Se não, constam os motivos para o não encaminhamento do direito? Se sim, quais foram os motivos?

11.5 Se entrou com o pedido teve a concessão do direito?

( ) SIM. ( ) Sim, acesso foi particular. ( ) Sim, acesso por doação. ( ) Está aguardando.  
( ) NÃO.

11.6 Se sim, consta quanto tempo para o acesso ao direito? ( ) SIM. ( ) NÃO. Se sim, quanto tempo?

11.7 Se não, constam qual/quais os motivos para o não acesso ao direito?

#### **12. Auxílio Doença:**

12.1 Paciente foi orientado no período de internação? ( ) SIM. ( ) NÃO.

12.2 Se não, no pós-alta foi identificado a necessidade do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

12.3 Paciente entrou com o pedido para acessar o direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

12.4 Se não, constam os motivos para o não encaminhamento do direito? Se sim, quais foram os motivos?

12.5 Se entrou com o pedido teve a concessão do direito?

( ) SIM. ( ) Sim, acesso foi particular. ( ) Sim, acesso por doação. ( ) Está aguardando.  
( ) NÃO.

12.6 Se sim, consta quanto tempo para o acesso ao direito? ( ) SIM. ( ) NÃO. Se sim, quanto tempo?

12.7 Se não, constam qual/quais os motivos para o não acesso ao direito?

**13. Vinte e cinco ( 25%) de aumento da Aposentadoria por invalidez:**

13.1 Paciente foi orientado no período de internação? ( ) SIM. ( ) NÃO.

13.2 Se não, no pós-alta foi identificado a necessidade do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

13.3 Paciente entrou com o pedido para acessar o direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

13.4 Se não, constam os motivos para o não encaminhamento do direito? Se sim, quais foram os motivos?

13.5 Se entrou com o pedido teve a concessão do direito?

( ) SIM. ( ) Sim, acesso foi particular. ( ) Sim, acesso por doação. ( ) Está aguardando.  
( ) NÃO.

13.6 Se sim, consta quanto tempo para o acesso ao direito? ( ) SIM. ( ) NÃO. Se sim, quanto tempo?

13.7 Se não, constam qual/quais os motivos para o não acesso ao direito?

**14. Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT:**

14.1 Paciente foi internado por motivo de Acidente ou percurso de Trabalho?

14.2 Se sim, consta se o paciente teve a CAT emitida pelo empregador? ( ) SIM ( ) NÃO.

14.3 Se sim, ele acessou este direito trabalhista?

**ACESSO A DIREITOS ATRAVÉS DE PROCESSO JUDICIAL:**

**15. Curatela (processo de interdição):**

15.1 Paciente foi orientado no período de internação? ( ) SIM. ( ) NÃO.

15.2 Se não, no pós-alta foi identificado a necessidade do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

15.3 Paciente entrou com o pedido para acessar o direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

15.4 Se não, constam qual/quais os motivos para não encaminhar o direito?

15.5 Paciente teve a concessão do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

15.6 Se não, constam qual/quais os motivos para o não acesso ao direito?

15.7 O acesso foi via Defensoria Pública? ( ) SIM. ( ) NÃO. Se sim, consta quanto tempo para o acessar ao direito?

15.8 O acesso foi via advogado particular? ( ) SIM. ( ) NÃO. Se sim, em quanto tempo para o acessar ao direito?

**16. Vinte e cinco (25%) de aumento para demais Aposentadorias:**

16.1 Paciente foi orientado no período de internação? ( ) SIM. ( ) NÃO.

16.2 Se não, no pós-alta foi identificado a necessidade do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

16.3 Paciente entrou com o pedido para acessar o direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

16.4 Se não, qual/quais os motivos para não encaminhar o direito?

16.5 Paciente teve a concessão do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

16.6 Se não, constam qual/quais os motivos para o não acesso ao direito?

16.7 Se sim, em quanto tempo para o acessar ao direito? ( ) SIM. ( ) NÃO. Se sim, quanto tempo?

**ACESSO A DIREITOS ATRAVÉS DO RECURSO DE PROCURAÇÃO:**

**17. Procuração via Cartório:**

17.1 Paciente foi orientado no período de internação? ( ) SIM. ( ) NÃO.

17.2 Se não, no pós-alta foi identificado a necessidade do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

17.3 Se sim, o paciente possui a Procuração? ( ) SIM. ( ) NÃO.

17.4 Se não, constam qual/quais os motivos para não possuir?

**ACESSO A DIREITOS PARA VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:****18. Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT)**

**18.1** Paciente foi orientado no período de internação? ( ) SIM. ( ) NÃO.

**18.2** Se não, no pós-alta foi identificado a necessidade do direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

**18.3** Paciente entrou com o pedido para acessar o direito? ( ) SIM. ( ) NÃO.

**18.4** Se não, constam os motivos para o não encaminhamento do direito? Se sim, quais foram os motivos?

**18.5** Se entrou com o pedido teve a concessão do direito?

( ) SIM. ( ) Sim, acesso foi particular. ( ) Sim, acesso por doação. ( ) Está aguardando. ( ) NÃO.

**18.6** Se sim, consta quanto tempo para o acesso ao direito? ( ) SIM. ( ) NÃO. Se sim, quanto tempo?

**18.7** Se não, constam qual/quais os motivos para o não acesso ao direito?

---

**19. Paciente necessitou de orientações no pós-alta para o acesso a direitos sociais?**

( ) SIM. ( ) NÃO.

**19.1 Se sim, as orientações foram sobre:**

( ) Política de Saúde.

( ) Política de Previdência Social.

( ) CAT.

( ) Via Processo Judicial.

( ) Procuração.

( ) Seguro DPVAT.

## APÊNDICE B

**TABULAÇÃO DA COLETA DE DADOS**

A partir dos dados pode-se evidenciar algumas características da amostra através das categorias sexo, idade e município de moradia:

Quadro 1: Características dos pacientes da amostra

SEXO	IDADE	MUNICÍPIO DE MORADIA
Masculino – 25 pacientes: 58%	De 17 anos a 88 anos.	Porto Alegre - 22 pacientes: 51%
Feminino – 18 pacientes: 42%	Média de idade de 52 anos e 6 meses.	<b>Região Metropolitana:</b> Alvorada (4 pacientes), Viamão (2 pacientes), Eldorado do Sul (1 paciente), Sapucaia do Sul (1 paciente), Novo Hamburgo (1 paciente), Gravataí (1 paciente), Cachoeirinha (1 paciente) e Guaíba (1 paciente)  Total = 12 pacientes: 28%
		<b>Interior do Estado do Rio Grande do Sul:</b> Camaquã (2 pacientes), Imbé (1 paciente), Barão do Triunfo (1 paciente), Cerro Grande do Sul (1 paciente), Mostardas (1 paciente), Guaporé (1 paciente), Cidreira (1 paciente) e Tapes (1 paciente).  Total = 9 pacientes: 21%

Quanto ao tempo de internação hospitalar do público da amostra, segue o quadro abaixo referente a cada paciente/usuário da amostra da pesquisa:

Quadro 2: Tempo de internação hospitalar

PACIENTE	TEMPO DE INTERNAÇÃO
Paciente 1	3 meses e 22 dias.
Paciente 2	1 mês e 16 dias.
Paciente 3	1 mês e 1 dia.

Paciente 4	1 mês e 25 dias.
Paciente 5	3 meses e 15 dias.
Paciente 6	2 meses e 16 dias.
Paciente 7	1 mês e 17 dias.
Paciente 8	26 dias.
Paciente 9	2 meses e 27 dias.
Paciente 10	1 mês e 21 dias.
Paciente 11	2 meses e 18 dias.
Paciente 12	1 mês e 28 dias.
Paciente 13	27 dias.
Paciente 14	4 meses e 29 dias.
Paciente 15	2 meses e 25 dias.
Paciente 16	2 meses e 1 dia.
Paciente 17	29 dias.
Paciente 18	26 dias.
Paciente 19	9 meses e 19 dias.
Paciente 20	6 meses e 27 dias.
Paciente 21	4 meses e 7 dias.
Paciente 22	1 mês.
Paciente 23	9 meses.
Paciente 24	2 meses.
Paciente 25	2 meses e 11 dias.
Paciente 26	1 mês e 7 dias.
Paciente 27	2 meses e 5 dias.
Paciente 28	5 meses e 4 dias.
Paciente 29	1 mês e 2 dias.
Paciente 30	27 dias.
Paciente 31	1 mês e 12 dias.
Paciente 32	1 mês e 24 dias.
Paciente 33	1 mês e 7 dias.
Paciente 34	4 meses e 12 dias.
Paciente 35	2 meses e 19 dias.
Paciente 36	9 meses e 5 dias.
Paciente 37	2 meses e 7 dias.
Paciente 38	2 meses e 12 dias.
Paciente 39	7 meses e 10 dias.
Paciente 40	4 meses e 2 dias.
Paciente 41	5 meses e 5 dias.
Paciente 42	5 meses e 2 dias.
Paciente 43	10 meses.

Apresenta-se no Quadro 3 as doenças e as causas externas, que motivaram a internação dos pacientes/usuários deste estudo, em ordem decrescente:

Quadro 3: Doenças dos pacientes da amostra

DIAGNÓSTICO	Nº DE PACIENTES
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	15 pacientes: 35%
Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) causados por acidente de trânsito,	14 pacientes: 32,5 %

atropelamento, agressão física e queda	
Tumor cerebral	4 pacientes: 9,3%
Aneurisma Cerebral	4 pacientes: 9,3%
Traumatismo Raqui-Medular (TRM) causado por atropelamento e acidente de trânsito	3 pacientes: 6,9%
Hemorragia Cerebral	2 pacientes: 4,6%
Ferimento por arma de fogo em face	1 paciente: 2,3%

O quadro abaixo apresenta a situação trabalhista e previdenciária elencados por categorias:

Quadro 4: Situação trabalhista e previdenciária

VÍNCULO TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIO	Nº DE PACIENTES
Aposentados por idade, tempo de serviço ou por invalidez	11 pacientes: 25,5%
Desempregado sem contribuição com a Previdência Social	10 pacientes: 23%
Recebe no momento benefícios da Previdência Social e Assistência Social como: BPC, Auxílio-doença, Seguro desemprego ou Pensão por morte	8 pacientes: 18,6%
Trabalhada sem vínculo empregatício e sem contribuição com a Previdência Social	4 pacientes: 9,3%
Trabalhador com vínculo empregatício e por isso contribui para a Previdência Social	4 pacientes: 9,3%
Trabalhador autônomo com contribuição para a Previdência Social	2 pacientes: 4,6%
Trabalhador autônomo sem contribuição para a Previdência Social	1 paciente: 2,3%
Trabalhador rural sem vínculo empregatício e sem contribuição com a Previdência Social	1 paciente: 2,3%
Trabalhador rural com contribuição com a Previdência Social	1 paciente: 2,3%
Estudante, sem contribuição com a Previdência Social	1 paciente: 2,3%

A fim de identificar qual será o cuidador, o sexo e vínculo (no caso de cuidador intrafamiliar), se será um cuidador extrafamiliar a partir das categorias de clínica/instituição de moradia ou cuidador contratado, segue o quadro abaixo:

Quadro 5: Cuidadores no período pós-alta

CUIDADOR INTRAFAMILIAR	CLÍNICA PARTICULAR/INSTITUIÇÃO DE MORADIA	CUIDADOR CONTRATADO
------------------------	---	---------------------

<p>Paciente 1 – Filha;  Paciente 2 – Esposo;  Paciente 3 – Mãe;  Paciente 4 – Filha;  Paciente 6 – Mãe;  Paciente 7 – Mãe;  Paciente 8 – Mãe;  Paciente 9 – Irmã;  Paciente 10 – Mãe;  Paciente 11 – Filha;  Paciente 12 – Filha;  Paciente 13 – Filha;  Paciente 14 – Esposa;  Paciente 15 – Irmã;  Paciente 16 – Esposa;  Paciente 18 – Esposo;  Paciente 19 – Mãe;  Paciente 20 – Mãe;  Paciente 22 – Esposa;  Paciente 25 – Pai;  Paciente 26 – Mãe;  Paciente 27 – Mãe;  Paciente 28 – Esposo;  Paciente 29 – Irmã;  Paciente 30 – Esposo;  Paciente 32 – Esposo;  Paciente 35 – Pai;  Paciente 38 – Filha;  Paciente 40 – Esposa;  Paciente 41 – Mãe;  Paciente 42 – Esposa;</p> <p>Total: 31 pacientes (72%)</p> <p>Em relação ao parentesco e sexo destes cuidadores:  10 pacientes serão cuidados pelas mães;  10 pacientes serão cuidados pelas filhas;  5 pacientes pelas esposas/companheiras;  5 pacientes pelos esposos/companheiros;  3 pelas irmãs e 2 pelos pais.</p> <p>Sexo feminino: 24 – 77%  Sexo masculino: 7 -</p>	<p>Paciente 5;  Paciente 17;  Paciente 21;  Paciente 23;  Paciente 24;  Paciente 34;  Paciente 36;  Paciente 37;  Paciente 39;  Paciente 43.</p> <p>Total: 10 pacientes (23,2 %)</p>	<p>Paciente 31;  Paciente 33.</p> <p>Total: 2 pacientes (4,6%)</p>
--	--	--



22,5%		
-------	--	--

Abaixo segue os pacientes/usuários que se enquadram nos requisitos para a participação do Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição e que por isso, tiveram orientação para o acesso.

Quadro 6: Acesso o PAD/GHC

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO AO PAD
Paciente 3	Sim
Paciente 11	Sim
Paciente 18	Sim
Paciente 27	Sim
Paciente 35	Sim

Os quadros numerados de 7 a 12 apresentam o acesso dos pacientes/usuários aos direitos da política social de Saúde (dieta enteral, cadeira de rodas, fraldas, medicações e atendimento médico na unidade de saúde):

Quadro 7: Acesso a Dieta Enteral

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO A DIETA ENTERAL
Paciente 3	Sim
Paciente 5	Não
Paciente 6	Sim
Paciente 8	Sim
Paciente 11	Sim
Paciente 16	Não
Paciente 17	Aguarda concessão.
Paciente 18	Sim
Paciente 19	Sim
Paciente 25	Sim
Paciente 27	Sim
Paciente 28	Sim
Paciente 29	Sim
Paciente 35	Sim

Quadro 8: Acesso a Cadeira de Rodas

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO A CADEIRA DE RODAS
Paciente 7	Sim, por doação.
Paciente 11	Sim, por doação.
Paciente 16	Sim, acesso particular.
Paciente 18	Aguarda concessão.
Paciente 28	Não
Paciente 29	Sim, acesso particular.
Paciente 35	Aguarda concessão.

Quadro 9: Acesso a Fraldas

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO A FRALDAS
Paciente 6	Sim.
Paciente 7	Aguarda concessão.
Paciente 8	Sim.

Paciente 11	Não.
Paciente 16	Não.
Paciente 17	Aguarda concessão.
Paciente 18	Aguarda concessão.
Paciente 19	Aguarda concessão.
Paciente 25	Sim, acesso particular.
Paciente 27	Aguarda concessão.
Paciente 28	Sim.
Paciente 29	Sim, acesso particular.
Paciente 35	Sim.

Em relação ao acesso ao direito às medicações foram identificados: quais medicações foram orientadas e encaminhadas pelos pacientes, quais não foram acessadas pelo SUS e o respectivo município.

Quadro 10: Identificação das Medicações orientadas e encaminhadas:

PACIENTES	MEDICAÇÕES ORIENTADAS:
Paciente 3	Paracetamol e Tramadol – Encaminhado em Porto Alegre.
Paciente 5	Metoprolol succinato, Omeprazol e Paracetamol – Encaminhado em Porto Alegre.
Paciente 6	Carbamazepina, Propranolol e Paracetamol – Encaminhado em Alvorada.
Paciente 7	Dipirona; Paracetamol; Codeína; Norfloxacin e Fluoxetina – Encaminhado em Alvorada.
Paciente 8	Fenitoína, Enalapril, HCTZ, Atenolol, Amitriptina, Risperidona e Paracetamol – Encaminhado em Guaíba.
Paciente 11	Paracetamol; Captopril; Anlodipino e Ranitidina – Encaminhado em Porto Alegre.
Paciente 13	Dipirona, Paracetamol e Codeína – Encaminhado em Alvorada.
Paciente 16	Risperidona, L-Tiroxina, Doxazosina, Prednisona, Omeprazol, Paracetamol – Encaminhado em Sapucaia do Sul.
Paciente 17	Paracetamol e Tramadol – Encaminhado em Imbé.
Paciente 18	Sulf-Trim, Captopril, Anlodipino, Paracetamol, Tramadol – Encaminhado em Porto Alegre.
Paciente 19	Varfarina, Paracetamol, Ranitidina, Dipirona – Encaminhado em Cidreira.
Paciente 25	Dipirona, Amitriptilina, Atenolol – Não encaminhou no município de Alvorada.
Paciente 26	Dipirona, Paracetamol, Codeína,

	Diazepam – Encaminhado em Viamão.
Paciente 27	Dipirona, Paracetamol, Codeína, Anlodipino, Baclofeno, Propanolol, Carbamazepina – Encaminhado em Porto Alegre.
Paciente 28	Dipirona, Sinvastina, Carbamazepina, Enalapril, Fenitoína – Encaminhado em Viamão.
Paciente 29	Dipirona, Fenitoína e Carbamazepina – Encaminhado em Eldorado do Sul.
Paciente 35	Ramitidina, AC Valproico e Clonazepam – Encaminhado em Porto Alegre.

Porém, houve medicamentos encaminhados que não foram acessados pelo SUS em determinados municípios, apresentados no quadro a seguir:

Quadro 11: Medicamentos não acessados pelos SUS e os respectivos municípios

MEDICAÇÃO NÃO ACESSADA PELO SUS	MUNICÍPIO
Analgésico: Dipirona	Não acessado em Eldorado do Sul, Alvorada e Cidreira
Analgésico: Codeína	Não acessado em Viamão e Alvorada
Antiepiléptico: Fenitoína	Não acessado em Eldorado do Sul, Viamão e Guaíba
Analgésico: Tramadol	Não acessado em Imbé e Porto Alegre
Anti-hipertensivo: Enalapril	Não acessado em Guaíba
Diurético: HCTZ	Não acessado em Guaíba
Anti-hipertensivo: Amitriptina	Não acessado em Guaíba
Antipsicótico: Risperidona	Não acessado em Guaíba
Anticoagulante: Varfarina	Não acessado em Cidreira
Anti-ulceroso: Ranitidina	Não acessado em Cidreira
Anticonvulsivante: Carbamazepina	Não acessado em Eldorado do Sul
Analgésico: Paracetamol	Não acessado em Alvorada
Antidepressivo: Fluoxetina	Não acessado em Alvorada

Quadro 12: Acesso ao atendimento médico em Unidade de saúde por município:

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO AO ATENDIMENTO E QUAL MUNICÍPIO:
Paciente 3	Sim – Porto Alegre.
Paciente 6	Sim – Alvorada.
Paciente 7	Sim – Alvorada.
Paciente 8	Sim – Guaíba.
Paciente 13	Sim – Alvorada.
Paciente 16	Sim – Sapucaia do Sul.
Paciente 25	Sim – Alvorada.
Paciente 28	Sim – Viamão.
Paciente 5	Faz acompanhamento com médico clínico

	da instituição/clínica – Porto Alegre.
Paciente 11	Faz acompanhamento com o médico do PAD/GHC – Porto Alegre.
Paciente 17	Faz acompanhamento com médico da instituição de moradia/clínica – Imbé.
Paciente 18	Faz acompanhamento com o médico do PAD/GHC – Porto Alegre.
Paciente 19	Não faz acompanhamento, pois foi negado atendimento pela equipe de saúde porque o paciente contraiu bactéria na internação hospitalar – Cidreira.
Paciente 26	Faz acompanhamento na Reabilitação do HCR – Porto Alegre.
Paciente 27	Faz acompanhamento com o médico do PAD/GHC – Porto Alegre.
Paciente 29	Faz acompanhamento na Reabilitação do HCR – Porto Alegre.
Paciente 35	Faz acompanhamento com o médico do PAD/GHC – Porto Alegre.

O acesso ao direito da política de Assistência Social orientado ao público da amostra refere-se ao Benefício de Prestação Continuada – BPC, apresentado pelo quadro a seguir:

Quadro 13: Acesso ao BPC

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO AO BPC
Paciente 5	Aguarda concessão.
Paciente 7	Aguarda concessão.
Paciente 8	Não.
Paciente 19	Não.

Em relação aos direitos da política de Previdência Social refere-se ao Auxílio Doença, 25% de aumento na Aposentadoria por Invalidez e ao Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), apresentados pelos quadros numerado de 14 a 16.

Quadro 14: Acesso ao benefício Auxílio Doença

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO AO BENEFÍCIO
Paciente 3	Sim.
Paciente 6	Sim.
Paciente 26	Sim.
Paciente 27	Sim.
Paciente 29	Sim.
Paciente 35	Sim.

Quadro 15: Acesso ao benefício de 25% de aumento da Aposentadoria por invalidez:

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO AO BENEFÍCIO
Paciente 16	Aguarda concessão.

Quadro 16: Acesso ao Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT)

PACIENTES ORIENTADOS	EMISSÃO DA CAT
Paciente 26	Não.

O acesso aos direitos que necessitam de processo judicial referem-se ao processo de Interdição para concessão de Curatela (quadro 17) e para o aumento de 25% para as aposentadorias por idade, tempo de contribuição e especial (quadro 18).

Quadro 17: Acesso a Curatela

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO A CURATELA E COMO
Paciente 3	Não.
Paciente 5	Sim – Defensor Público
Paciente 6	Sim – Advogado particular
Paciente 8	Sim – Advogado particular
Paciente 11	Sim – Defensor Público
Paciente 13	Não encaminhou
Paciente 17	Aguarda concessão - Defensor Público
Paciente 18	Não encaminhou
Paciente 19	Sim – Defensor Público
Paciente 26	Não encaminhou
Paciente 27	Aguarda concessão - Defensor Público
Paciente 28	Não encaminhou
Paciente 29	Aguarda concessão - Advogado particular
Paciente 35	Sim - Advogado particular

Quadro 18: Acesso ao benefício de 25% de aumento para Aposentadorias:

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO AO BENEFÍCIO
Paciente 11	Não encaminhou.

Quadro 19: Acesso a Procuração

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO A PROCURAÇÃO
Paciente 7	Sim.
Paciente 16	Sim.

A sistematização dos dados para identificação sobre acesso ao Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) para vítimas de acidente de trânsito consta a seguir:

Quadro 20: Acesso ao Seguro DPVAT:

PACIENTES ORIENTADOS	ACESSO AO DPVAT
Paciente 7	Aguarda concessão.
Paciente 13	Aguarda concessão.
Paciente 25	Aguarda concessão
Paciente 26	Não encaminhou.

No quadro de número 18 consta a identificação dos direitos orientados no período de internação ao público que não foi atendido no pós-alta, no Projeto de Interdição, e por isso não há registro sobre o acesso após a alta hospitalar. E no quadro 19 constam os motivos pelos quais não foi possível realizar o atendimento no pós-alta.

Quadro 21: Direitos orientados aos pacientes atendidos apenas no período de internação:

DIREITOS ORIENTADOS	Nº DE PACIENTES
Consulta com médico clínico da Unidade de Saúde	todos pacientes receberam a orientação – 100%
Medicação via Unidade de Saúde	todos receberam a orientação e receita no dia da alta hospitalar – 100%
Processo de Interdição – Curatela	18 pacientes – 69%
Fraldas	14 pacientes – 53%
Dieta Enteral	8 pacientes – 31%
Benefício de Prestação Continuada – BPC	8 pacientes -31%
Seguro DPVAT	5 pacientes – 19,2%
Cadeira de Rodas	3 pacientes – 11,5%
Auxílio Doença	2 pacientes – 8%
Procuração	2 pacientes -8%
Aumento de 25% da aposentadoria (via processo judicial)	1 paciente – 4%
Aumento 25% aposentadoria por invalidez	1 paciente – 4%

Quadro 22: Motivos para o não atendimento no período pós-alta:

MOTIVOS	Nº DE PACIENTES
Óbito - ou durante o período de internação, ou antes do atendimento agendado no pós-alta.	12 pacientes 46%
Tiveram melhora no quadro neurológico antes da alta hospitalar – o que significa que não necessitaram mais de recursos orientados (como fralda, cadeira de rodas e etc.)	6 pacientes 23%
Ainda estavam em período de internação ao final do Estágio curricular, não sendo atendidos após a alta.	4 pacientes 15%
Foram transferidos para o Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC) para continuar o tratamento.	3 pacientes 11,5%
A consulta no ambulatório ou reabilitação (dia em que se agendavam os atendimentos pós-alta) ocorreu no período de férias na época do estágio e posteriormente, não tiveram novo agendamento de consulta.	1 paciente 4%