

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

ISADORA VOLPATO KÖNIG

O TRABALHO DA (O) ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS:  
A INTERSETORIALIDADE NA GARANTIA DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Porto Alegre

2018

ISADORA VOLPATO KÖNIG

O TRABALHO DA (O) ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS:  
A INTERSETORIALIDADE NA GARANTIA DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial à obtenção do título de  
Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço  
Social da Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Thaisa Teixeira Closs

Porto Alegre

2018

## CIP - Catalogação na Publicação

VOLPATO KONIG, ISADORA

O TRABALHO DA (O) ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS: A INTERSETORIALIDADE NA GARANTIA DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE / ISADORA VOLPATO KONIG. -- 2018.

88 f.

Orientador: THAISA TEIXEIRA CLOSS.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Atenção Hospitalar. 2. Trabalho Assistente Social. 3. Intersectorialidade. 4. Integralidade. I. TEIXEIRA CLOSS, THAISA, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ISADORA VOLPATO KÖNIG

O TRABALHO DA (O) ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS:  
A INTERSETORIALIDADE NA GARANTIA DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Thaisa Teixeira Closs.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thaisa Teixeira Closs  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Rosa Maria Castilhos Fernandes  
Arguidora

## AGRADECIMENTOS

Todas nós seguimos em frente quando  
percebemos como são fortes  
e admiráveis as mulheres  
à nossa volta. (Rupi Kaur)

Minha vida é cercada de mulheres as quais admiro, e meus agradecimentos não poderiam começar de forma diferente. Primeiramente agradeço à minha mãe Circe, exemplo de mulher pra mim, tanto na sua independência quanto na sua ideologia e modo de enxergar o mundo, e que sempre se dedicou para o meu melhor e melhor da minha irmã, por muitas vezes exercendo dois papéis para que pudéssemos estar onde estamos agora, e com certeza é a maior responsável por tudo de bom na minha vida hoje. Sem os ensinamentos dela eu não seria nada! Agradeço à minha família, tias, primos e irmã que me acompanharam nessa trajetória e me ajudaram de alguma forma a concluir essa etapa.

Agradeço às amigas que estiveram comigo desde a época de escola: Ieda e Carol. Meu carinho e amizade por vocês transborda nesses 10 anos. Agradeço à Júlia, amiga e companheira de todos os momentos felizes, tristes, angustiantes e libertadores. A vida foi linda em nos aproximar em todos os espaços possíveis até hoje.

Às amigas que conheci na trajetória da UFRGS e que passaram a fazer parte da minha vida, desde aulas, apresentações de trabalho à bares e festas. Foram seis anos de muito companheirismo. Mingaus: Lila, Jessi e Nati. GT: Ba, Carol, Cari, Daph, Lui, Mari, Mano e Rai. (Jessi e Nati novamente) Família: Re, Nick (Lila, Jessi, Nati e Rai novamente). O carnario, os mr xis no final de semana, os sucos na lanchera, as manifestas, tudo fica pra sempre na memória e me faz pensar que a ufrgs valeu muito a pena. Só gratilove e namastop por este grupo de amigas (o).

Às pirañas que viveram comigo na cidade mais aconchegante e viva que pude me apaixonar: Amanda, Carol, Gabriel, Márcia, Renata, Rebe e Tali. Córdoba só se mostrou viva e bonita porque pude dividir os momentos com vocês (e com todo o resto da buda town)!

Aos subversivos que a vida me deu, Douglas (melão) e Diego, nosso molon de todo final de semana e todo jogo do Inter vale pra vida toda.

Às professoras que fizeram parte da minha vida acadêmica e me ensinaram muito, principalmente minha supervisora de estágio Rosa, orientadora Thaisa e professora supervisora de monitorias e bolsas de extensão Mailiz. De vocês levo carinho e aprendizado.

Às colegas e aos colegas de estágios, bolsas de extensão e pesquisa que participei desde o início da faculdade, supervisoras e profissionais que pude conhecer a aprender junto, muito obrigada. Foram seis anos de crescimento tanto profissional, acadêmico quanto pessoal.

## RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como temática o trabalho da (o) Assistente Social na Atenção Hospitalar do SUS orientado pela diretriz da intersetorialidade e para a garantia de integralidade em saúde. Analisa como a produção da área nos periódicos de Serviço Social vem abordando o trabalho da (o) assistente social na Atenção Hospitalar do SUS, tendo em vista compreender as possibilidades, estratégias e limites do trabalho profissional nesse nível do SUS na efetivação da integralidade e da intersetorialidade. Essa análise foi feita através de pesquisa bibliográfica qualitativa em dez revistas da área, com base nas seguintes palavras chaves: trabalho profissional, intersetorialidade, hospital e integralidade. A metodologia foi ancorada no método dialético-crítico, com ênfase na pesquisa qualitativa, utilizando-se de artigos encontrados das revistas, de produções referentes aos temas do trabalho e da sistematização da experiência formativa do estágio obrigatório, realizado na atenção hospitalar. O trabalho encontra-se estruturado em dois capítulos, composto por dois itens em cada. Os mesmos versam sobre os seguintes conteúdos: a trajetória da atenção hospitalar através da historicidade da saúde pública; a abordagem teórico-conceitual sobre a integralidade e a intersetorialidade na atenção hospitalar, estabelecendo mediações com o trabalho do (a) assistente social; a história do Serviço Social e a inserção nos espaços sócio ocupacionais de atenção hospitalar, considerando a interface entre projeto ético-político, fundamentos profissionais e Reforma Sanitária; e a experiência de estágio em um hospital de alta complexidade, problematizando o projeto de intervenção desenvolvido. Este estudo proporcionou uma reflexão acerca dos desafios e perspectivas para o trabalho da (o) Assistente Social na Atenção Hospitalar, considerando a realidade contraditória de avanços e retrocessos referentes à saúde na atualidade, concluindo sobre a importância de um trabalho intersetorial para a garantia de integralidade em saúde nesse âmbito do SUS, angulação teórico-prática pouco privilegiada nas produções em Serviço Social.

Palavras Chave: Atenção Hospitalar. Trabalho do Assistente Social. Intersetorialidade. Integralidade.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO   | 9  |
| 2 A ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS: DESAFIOS DIANTE DA AFIRMAÇÃO DA INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE                            | 15 |
| 2.1 A ATENÇÃO HOSPITALAR NA TRAJETÓRIA E NA ATUALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE  | 15 |
| 2.2 A INTEGRALIDADE E A INTERSETORIALIDADE A PARTIR DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM SAÚDE   | 31 |
| 3. O TRABALHO DA (O) ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA A INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE | 44 |
| 3.1 TRAJETÓRIA, FUNDAMENTOS E DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL NA SAÚDE   | 44 |
| 3.2 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR EM SAÚDE                                 | 56 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS   | 70 |
| REFERÊNCIAS  | 76 |
| APÊNDICES  | 82 |

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresenta o resultado de uma trajetória acadêmica em que, através de inserção em estágio obrigatório na área da saúde, criou-se um interesse com o debate sobre a realidade do Sistema Único de Saúde, e em específico a saúde em contextos hospitalares, visto que o estágio foi realizado em um Hospital de Alta Complexidade do SUS - Hospital Cristo Redentor (HCR). O estágio foi realizado nas Unidades de Pediatria e Queimados e o projeto de intervenção objetivava a garantia dos direitos das crianças internadas e de suas famílias, abarcando o acompanhamento após a alta da internação, até que a criança tivesse alta hospitalar (pois ela continua acessando o serviço em consultas ambulatoriais). Através da análise sócio institucional foi identificada esta demanda de que quando a criança tinha alta da internação, mesmo com os atendimentos ambulatoriais de outras profissões que seguiam durante semanas ou meses, o Serviço Social era a única profissão da equipe que não seguia o atendimento, não tendo conhecimento do que ocorria após a criança não estar mais internada, bem como no que tange os encaminhamentos para a Rede que se concretizavam quando a família era referenciada para atendimento no seu território de origem.

A partir do Projeto de Intervenção e da experiência no HCR concluiu-se a importância de abordar o tema do trabalho profissional na Atenção Hospitalar, articulando com a temática de Integralidade e da Intersetorialidade, considerando as diretrizes atuais da Atenção Hospitalar no SUS, as quais destacam a inserção dos hospitais na rede de atenção. Nessa direção, a elaboração desse trabalho foi ancora em pesquisa bibliográfica que abordou o trabalho da (o) Assistente Social na Atenção Hospitalar do SUS, tendo como tema de pesquisa a discussão da produção da área de Serviço Social no que se refere ao trabalho do/da assistente social nos hospitais em uma perspectiva intersetorial, voltada para a garantia da integralidade. Portanto, visou analisar como a produção de dez revistas do Serviço Social tem abordado esse tema, considerando as seguintes palavras chaves na identificação das publicações, quais sejam: Integralidade, Intersetorialidade, Trabalho da (o) Assistente Social e Atenção Hospitalar.

Para Lima e Miotto (2007, p. 40):

[...] o conhecimento da realidade não é apenas a simples transposição dessa realidade para o pensamento, pelo contrário, consiste na reflexão crítica que se dá a partir de um conhecimento acumulado e que irá gerar uma síntese, o concreto pensado.

Nesta perspectiva, a pesquisa foi realizada através do método dialético-crítico, método este que concebe ao pesquisador uma aproximação com a realidade e uma reflexão totalizante sobre o objeto de estudo, utilizando-se de categorias, necessárias de contextualizar enquanto metodologia.

A categoria contradição é essencial para o Serviço Social, pois através dela se pode ter uma clareza sobre o objeto de trabalho da profissão, a questão social em suas múltiplas expressões. Ou seja, “[...] essa categoria aponta para a necessidade do desvendamento de tais oposições presentes na realidade, as quais, em si, são criadoras e demarcam também a dinâmica dos fenômenos” (CLOSS, 2015, p. 21). Já a historicidade auxilia na apreensão dos processos de transformação, pois segundo a autora esta categoria

[...] implica analisar os fenômenos à luz da história, contextualizá-los, buscando apreender os processos, as relações que o engendram, bem como sua processualidade, tendo em vista identificar tendências em curso (CLOSS, 2015, p. 21).

Nessa perspectiva, a totalidade consiste na busca da percepção da realidade em suas múltiplas determinações, identificando sua origem dentro da realidade dialética, assim Closs (2015, p. 21) define que “essa categoria implica analisar os fenômenos com vistas à sua inserção em contextos e processos mais amplos que o conformam”.

Para identificar as questões centrais do tema de investigação, foi realizada uma pesquisa com ênfase qualitativa, através de um estudo bibliográfico tendo como base de consulta os artigos publicados em dez revistas do Serviço Social, quais sejam: *Temporalis*, *Serviço Social e Sociedade*, *Textos e Contextos*, *Em Pauta*, *Katalysis*, *Libertas*, *O Social em Questão*, *Praia Vermelha*, *Serviço Social e Realidade* e *Serviço Social em Revista*. As revistas foram definidas a partir do critério de serem predominantemente vinculadas a programas de pós-graduação em Serviço Social, com exceção da *Temporalis* e *Serviço Social e Sociedade*. Estabeleceu-se como critério temporal as publicações dos últimos dez anos, com artigos de edições desde 2007 a 2017. A pesquisa foi realizada com baseada nas seguintes palavras chaves: integralidade, intersetorialidade, trabalho, hospital, hospitalar e atenção hospitalar. Em todas as buscas, foram filtrados artigos que relacionavam as palavras chaves ao tema central da pesquisa, que é a saúde. A partir destas palavras chaves foi criada uma tabela com

todos os artigos encontrados, organizados pelos descritores. Para o estudo das produções foi utilizado um roteiro de análise (em apêndice).

Como forma de auxiliar na pesquisa, utilizou-se a leitura exploratória, definida por Gil (2010) como aquela que é desenvolvida através do exame dos índices ou da introdução, tendo assim uma visão global da obra e facilitando a filtragem por assuntos que serão relevantes para o tema. Seguidamente, para a realização do trabalho de conclusão de curso foi feita uma leitura seletiva, definida pelo mesmo autor como a determinação do material que de fato interessa à pesquisa, levando em consideração os objetivos da mesma (GIL, 2010). Para complementar a pesquisa, também foram utilizadas outras bibliografias que continham conteúdos para além dos artigos, e que se associem ao tema estudado. Após a revisão teórica, também foi feita uma pesquisa nos documentos produzidos durante o estágio curricular, articulando os resultados da pesquisa bibliográfica com a experiência de formação no espaço hospitalar. A partir da pesquisa no acervo das dez revistas obteve-se um total de 68 artigos, selecionados mediante quatro descritores (palavras-chave): Integralidade, Intersetorialidade, Trabalho (ênfase na saúde) e Atenção Hospitalar/Hospital/Hospitalar. Com tabela apresentada em Apêndice. Na tabela 01, encontra-se sistematizada a quantidade de artigos publicados em cada revista.

**Tabela 1: Artigos com os descritores da pesquisa por revistas**

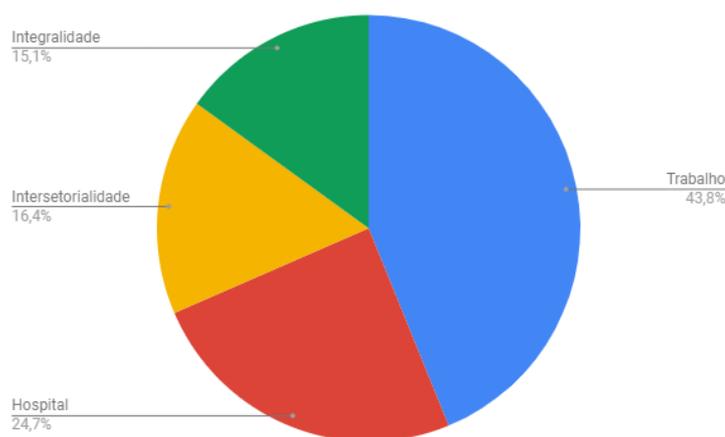
| <b>REVISTAS</b>                   | <b>Nº ARTIGOS</b> |
|-----------------------------------|-------------------|
| <b>Serviço Social em Revista</b>  | <b>15</b>         |
| <b>Textos e Contextos</b>         | <b>14</b>         |
| <b>Katalysis</b>                  | <b>11</b>         |
| <b>Em Pauta</b>                   | <b>11</b>         |
| <b>Serviço Social e Sociedade</b> | <b>7</b>          |
| <b>Serviço Social em Questão</b>  | <b>6</b>          |
| <b>Libertas</b>                   | <b>3</b>          |
| <b>Temporalis</b>                 | <b>2</b>          |
| <b>Serviço Social e Realidade</b> | <b>2</b>          |
| <b>Praia Vermelha</b>             | <b>0</b>          |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>68</b>         |

Fonte: Sistematização da autora com base na pesquisa.

A revista que mais publicou artigos referentes aos descritores é a Serviço Social em Revista, totalizando 15 artigos; seguida pela Textos e Contextos que publicou 14, sendo a segunda com mais conteúdo das temáticas. A revista Katalysis publicou 11 artigos, a Em

Pauta totalizou 11 artigos. Já a revista Serviço Social e Sociedade publicou 7 artigos, seguida pela Serviço Social em questão (6) e pela Libertas (3), Temporalis e a Serviço Social e Realidade publicaram somente dois (2) artigos. Na pesquisa do acervo da revista Praia Vermelha não se obteve nenhum resultado com os descritores. Por descritores, têm-se este resultado, sistematizado no gráfico 01.

**Gráfico 1 – Artigos identificados na pesquisa segundo descritores**



Fonte: Sistematização da autora com base nos resultados da pesquisa.

Segundo resultados evidenciados na pesquisa (conforme tabelas detalhadas em Apêndice), verifica-se que o descritor Trabalho em Saúde é o que possui maior incidência de tema nos artigos (32 de 68), principalmente na área da Saúde do Trabalhador, com 12 artigos sobre a temática. Este descritor também há um número significativo de artigos sobre a Atenção Básica (4 de 32), seguido por Política de Saúde - SUS e Residência Multiprofissional, ambas com 3 artigos. O debate da Residência Multiprofissional possui significativa incidência nos artigos com o descritor Integralidade (3 de 11). A temática da Atenção Básica emerge em mesma equivalência que a discussão da saúde de segmentos populacionais, sendo o restante dos artigos (3) sobre outros temas específicos, tais como: política de saúde - SUS, trabalho em rede e gestão em saúde.

Os artigos com o descritor Hospital aparecem em sua maioria na revista Serviço Social e Revista (dos 18 artigos encontrados, 9 são desta revista), e também é nela que se encontra o único artigo com a terminologia Atenção Hospitalar em seu resumo. O tema da humanização em saúde e de processos de trabalho em saúde aparecem com mais relevância levando em consideração o número de publicações (4 de 20) referente aos descritores referidos. No que diz respeito ao descritor Intersetorialidade a predominância são artigos com a temática da

intersetorialidade entre políticas (4 de 12). Atenção básica e gestão social, com dois artigos para cada tema, são o segundo assunto mais abordado nesta categoria.

Na análise realizada durante a pesquisa, identificou-se que os descritores de integralidade e intersetorialidade não se relacionam com o debate da área hospitalar, justamente o tema que mobilizou a investigação, dado que evidencia uma lacuna na produção de conhecimento em Serviço Social, dada a relevância do tema e o fato de que os hospitais consistem num dos maiores espaços sócio-ocupacionais do assistente social na saúde. Contudo, identificou-se que alguns artigos são fruto de pesquisas desenvolvidas em hospitais, relacionadas a processo de estágio ou trabalhos acadêmicos de residentes (7 produções). Mas destaca-se que apenas um artigo discorre sobre o tema de Atenção Hospitalar e cuidado Integral, encontrado na Revista Serviço Social em Revista, porém este artigo é anterior à Política Nacional de Atenção Hospitalar. Nenhum artigo foi produzido pelas revistas após a portaria de 2013, que é discutida ao longo do TCC.

Em quatro artigos ao todo da pesquisa encontra-se a temática de Saúde Mental, três debatem a Educação em Saúde, e um utiliza de pesquisas fora do país para comparação da política de saúde. Duas produções sobre o processo de trabalho em que se inserem as (os) Assistentes Sociais e um sobre a Alta e Média Complexidade Hospitalar, assuntos que vivenciados em campo de estágio se manifestaram como importante para uma reflexão na atualidade, e que pouco se tem material sobre, levando à reflexão sobre a ausência de discussões sobre a temática, e sobre a importância de contribuir para a abordagem destes temas.

A partir da análise dos artigos e da decodificação dos temas mais presentes, verifica-se um distanciamento da temática do trabalho no âmbito hospital com a intersetorialidade e integralidade, as quais são mais tematizadas em produções sobre a atenção básica e a saúde mental. Pode-se inferir que a ausência de publicações sobre o tema investigado está relacionada às próprias tendências do trabalho dos assistentes sociais nos Hospitais, por vezes dissociado da articulação com a rede de atenção. Dessa forma, destaca-se a relevância da pesquisa bibliográfica e do TCC para o debate sobre trabalho profissional na saúde.

Diante disto, este TCC foi desenvolvido em dois capítulos, totalizando uma estrutura de quatro itens. Primeiramente será discutida a história da saúde pública no Brasil até a portaria de Atenção Hospitalar, seguida de uma síntese dos artigos encontrados a partir do descritor de Hospital da pesquisa mencionada. No segundo item será abordada a Integralidade e a Intersetorialidade como subsídios para o trabalho na saúde, seguida de uma síntese dos artigos encontrados a partir dos descritores Integralidade e Intersetorialidade. O segundo

capítulo e terceiro item se refere ao trabalho de Assistentes Sociais na saúde desde a constituição da profissão até atualidade, seguido de uma síntese dos artigos encontrados com o descritor Trabalho. Como último item deste TCC será apresentada a experiência de estágio na área da saúde e as considerações sobre o projeto de intervenção dentro do HCR.

## **2 A ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS: DESAFIOS DIANTE DA AFIRMAÇÃO DA INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE**

Para compreender o Sistema Único de Saúde (SUS) é necessário contextualiza-lo na história da saúde pública no Brasil, diante disto este capítulo abordará a história do SUS desde antes de sua criação à atualidade, perpassando contexto histórico, leis e portarias, até a conjuntura atual em que será apresentada a Atenção Hospitalar, a Intersetorialidade e a Integralidade como assuntos principais dos itens. Bem como a síntese dos artigos encontrados na pesquisa referente às temáticas.

## 2.1 A ATENÇÃO HOSPITALAR NA TRAJETÓRIA E NA ATUALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE

A saúde no Brasil antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) possui uma longa trajetória que passa uma série de mudanças na relação entre os setores públicos e privados de serviços de saúde. Na sua constituição, segundo Paim et al (2011), em um contexto de controle político e cultural de Portugal, o sistema de saúde público foi implementado com a criação de hospitais de Santa Casa de Misericórdia devido ao agravamento de doenças e pestes da época, hospitais estes que funcionavam de forma filantrópica e dependiam de ações de caridade das igrejas. Prévia à chegada dos portugueses para a colonização, a saúde era tratada de acordo com as crenças ou costumes da população, que era formada por “[...] portugueses, outros imigrantes europeus e, principalmente índios e negros escravos. Cada um desses grupos era detentor de uma cultura própria, costumes e tradições e um conhecimento também próprio acerca das doenças e da forma de tratá-las.” (MATTA, 2007, p. 31).

No período do império se estabeleceu um controle sanitário nos portos, desencadeando atividades de saúde pública, continuando na república velha com as vacinas obrigatórias e as práticas higienistas devido a urbanização das cidades, reforçando a desigualdade social e os papéis de ordem da população na sociedade. Bravo (2001), Braga e Paula (1985) compreendem a saúde como questão social emergida no país a partir do século XX, baseada nas novas formas de divisão de trabalho e na economia brasileira. Devido ao fortalecimento da classe trabalhadora e das lutas sindicais por mudanças sociais, a saúde previdenciária após o ano de 1920 passou a fazer parte também da relação patrão e empregado, chamado CAP (Caixas de Aposentadoria e Pensão), que daria a possibilidade aos trabalhadores acessarem a saúde por meios previdenciários. Isto é, as primeiras décadas do século XX foi marcada “[...] pelos direitos civis e sociais vinculados à posição dos indivíduos no mercado de trabalho” (PAIM et al, 2011 p. 14).

Com o governo ditatorial de Getúlio Vargas no Estado Novo, houve um crescimento do Sistema de Proteção Social com leis trabalhistas, causando uma grande desigualdade da oferta de saúde, visto que quem não possuía vínculo formal de trabalho dependia de

instituições filantrópicas, ou de saúde privada. A tomadas de decisões eram feitas de forma a não incluir a população, se tornando um Estado autoritário, citado pelo autor como

Um sistema de proteção social fragmentado e desigual, sendo formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional, cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura. (PAIM et al., 2011 p. 17)

Ou seja, o alcance da saúde era feito por meios de produtividade, sendo relacionada à força de trabalho e estimulando a meritocracia também para acessar ao sistema de saúde. Após o período ditatorial, com os governos populistas e liberais pelo país até a ditadura militar, foi criado o Ministério da Saúde, em 1953, pelo então governo populista de Getúlio Vargas e leis referenciadas à previdência para trabalhadores urbanos (PAIM et al., 2011). Segundo Bravo (2001), neste período houve melhoria de algumas condições sanitárias através da saúde pública, entretanto não conseguiu eliminar a emergência de doenças e as taxas de mortalidade e morbidade, que eram elevadas. A autora também cita o surgimento de empresas de saúde e o investimento da corporação médica ligada aos interesses capitalistas na privatização, mas com fraca adesão, visto que os atendimentos foram em sua predominância oferecidos através dos Institutos (BRAVO, 2001).

O período do Golpe Militar de 1964 foi marcado pela capitalização da medicina pela previdência social, crise e centralização do sistema de saúde, com uma fragmentação institucional que beneficiou o sistema privado e uma ampliação do acesso a serviços pelos trabalhadores rurais, sendo usados recursos do orçamento federal para a construção de hospitais particulares (PAIM et al., 2011). Este período também foi marcado pela falta de democracia e pela tomada de decisões centradas no Estado, sem a participação da classe trabalhadora, processo em que:

O Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2001. p. 6).

Na era ditatorial também foi criado o complexo médico-industrial, como forma de articulação entre a indústria farmacêutica, medicina e empresas vinculadas a equipamentos utilizados na medicina curativa. Este modelo consolidou uma visão privatista da saúde, sendo “[...] responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas

monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos” (BRAVO, 2001, p. 6). Com a mobilização e insatisfação da população frente a um período ilusório de melhorias no país, marcado por uma violenta e repressiva realidade, constatou-se a necessidade de uma nova forma de governabilidade, devendo obter “[...] maior efetividade no enfrentamento da ‘questão social’, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares” (BRAVO, 2001, p. 7, grifo do autor), propiciando, então, uma maior emergência do movimento sanitário, pois mesmo com algumas mudanças nesta segunda década ditatorial não se reverteu o que já estava estabelecido em relação à intervenção do setor privado na saúde.

A partir da abertura política e junto com a luta pela redemocratização do país, movimentos começaram a surgir defendendo a saúde como um direito universal e com a pretensão de estabelecer um sistema que englobasse toda sociedade, sem distinção de classe social. A saúde pública foi antecedida por um processo de acontecimentos que resultou na Reforma Sanitária, como a união de professores da área de saúde, pesquisadores, estudantes e trabalhadores para a formação do movimento de base, e com isto foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e após isso foi criada a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e em 1980 foi criado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), criando visibilidade para a reforma e unindo cada vez mais o coletivo em prol da saúde como direito social e dever do Estado.

A reforma sanitária, portanto,

[...] refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, grande marco para a tomada de decisões e consolidação de um conceito ampliado de saúde, visto que também foi a primeira conferência aberta para a sociedade. Através desta conferência foi estabelecida uma nova base teórica e política para a definição de saúde, que resultou na lei que regulamenta o SUS, tal como definido no o Art.3º: “Diz respeito à saúde as ações que [...] se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.” (BRASIL, 1990). Para uma concepção ampliada de saúde, deve-se levar em consideração os fatores determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença, amplamente discutidos na 8ª

Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) como: “Alimentação para todos; moradia digna; educação e informações plenas; qualidade adequada do meio-ambiente; transporte seguro acessível; repouso, lazer e segurança; entre outros”.

Segundo este documento, a saúde é resultante das condições dignas que todo ser humano deve ter, não sendo um conceito abstrato, e sim perpassando o contexto histórico da sociedade. Deve ser garantida pelo Estado de forma universal e igualitária, levando em consideração como um direito. Portanto, é indissociável da garantia dos demais direitos sociais e da própria consolidação da democracia e cidadania na sociedade brasileira (BRASIL, 1986).

Antes de se tornar Sistema Único de Saúde (SUS), o governo criou o Sistema Unificado de Descentralizado de Saúde (SUDS). Apesar de desconstruir uma divisão entre o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, este sistema ainda não apresentava uma organização total do papel de cada esfera. Em 1990 é aprovada a Lei Orgânica da Saúde, incorporada à Constituição Federal de 1988 (Constituição Cidadã) junto com a política de Assistência Social e Previdência Social, formando os três pilares da Seguridade Social, desassociando a garantia da saúde somente enquanto trabalhador (a) contributivo, sendo a saúde universal. O SUS atualmente é um sistema que dispõe sobre condições de promoção, prevenção e recuperação de saúde (BRASIL, 1990), sendo essas prestadas pelos órgãos públicos, estaduais e municipais. De acordo com a Lei nº 8.080 é

[...] dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

No art. 4º do SUS é trazido que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (1990), estando de acordo com o artigo 199 da Constituição de 1988:

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 (BRASIL, 1988).

Porém, mesmo legislado como complementar isso não se efetivou, os repasses de orçamento e para a rede privada não são complementares de fato, e hoje os gastos com a rede privada de saúde representam 51,8% dos gastos totais (REIS et al., 2016), sendo o valor das

despesas públicas per capita menores da metade do valor gasto pelos planos de saúde com os usuários. A não efetivação dessa complementaridade e o avanço dos gastos privados são a continuação do período neoliberal em que o SUS surgiu e a continuação de governos que, mesmo com aspecto neodesenvolvimentista, mantiveram “[...] a polarização entre os dois projetos [...] fortalecendo o primeiro projeto e, em outras proposições, mantendo o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento.” (BRAVO, 2001, p. 10). O SUS passou e passa por inúmeras dificuldades, pois mesmo apesar dos avanços enquanto saúde pública e de maior acesso, ainda se encontra em uma disputa de privatização. Segundo Ramos (2016),

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 [...]. 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 (RAMOS, 2016, p. 37).

A má imagem do SUS que tem prevalecido através da mídia não é “neutra”, sendo um projeto claro que sempre transmitiu notícias e opiniões tendenciosas depreciando o que é público e convencendo a população que o privado seria de melhor qualidade e de mais fácil acesso, segregando a saúde pública apenas para os que não teriam acesso para algo melhor. Ou seja, só se sujeitaria ao SUS quem vive em vulnerabilidade social, fato que é desmentido, levando em consideração a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em que mostra 71% da população é usuária do SUS, ou seja, menos de  $\frac{1}{3}$  possui acesso a planos de saúde (BRASIL, 2017). Mesmo com a estatística, a mídia leva a população a criar um conceito de senso comum que as incapacitam de perceber a realidade por trás de toda precarização que existe, mas que não é fruto de a saúde ser pública e sim de toda lógica capitalista de conceber a saúde como mercadoria. Para além da mídia e contexto histórico de resistência em que ele foi criado, a participação da iniciativa privada e o modo em que o sistema é hoje diante da estrutura econômica e política do país são motivos que o SUS permanece em crise. Segundo Reis et al. (2016, p. 123) a crise é:

[...] determinada por desafios e problemas ainda não superados [...] erigido em um país de estrutura federativa complexa, que garante ampla autonomia aos entes federados, mas que é ainda marcado por uma cultura política fortemente centralizadora, clientelista e patrimonialista.

Os autores ainda mostram dados de que o Brasil, deveria investir em saúde 70% a mais que o atual, sendo um país em que a política de saúde é universal, gasta 20% a menos que o esperado (REIS et al. 2016). Ou seja, comparado a outros países com a mesma forma de oferecer saúde, o Brasil é o que menos investe, sendo o gasto per capita de 3 reais. Após o processo de impeachment<sup>1</sup> que tirou a presidenta eleita pela população, e com o vice presidente assumindo o seu lugar, inúmeros cortes afetaram as políticas públicas no país, na área da saúde foi implantada a PEC 241, que estabelece um teto, limitando os gastos por 20 anos, sendo o orçamento reajustado pela inflação. O que se constata é a desvalorização das políticas sociais, que estão sendo responsabilizadas pela crise econômica do país, sendo fragmentadas a modo de fortalecer a visão neoliberal de estado mínimo, e assim incentivando a privatização da saúde.

Apesar do país ter em sua maioria gastos com a saúde privada, existe uma desigualdade dentro do SUS, pois apesar do avanço dos planos de saúde e medicina privada, procedimentos de alto custo que dependem de uma tecnologia avançada não são cobertos pelos planos de saúde, sendo utilizados do SUS. Ou seja, todas as pessoas utilizam do sistema público de saúde em uma grande escala de desigualdade, com os planos de saúde usufruindo do sistema público.

Neste contexto, importante entender como é o funcionamento do SUS e em como se organizam os serviços. Atualmente o sistema é organizado em três tipos de níveis de atenção em saúde: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. A atenção básica, segundo Paim et al. (2011, p. 21) “[...] tem como objetivo oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção”. A média e alta complexidade, junto à UPA e SAMU fazem parte da Atenção Hospitalar, que é definida pelo caderno SUS de A a Z como

[...] conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizado em ambiente hospitalar. Ela tem sido, ao longo dos anos, um dos principais temas de debate no Sistema Único de Saúde. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e a grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido pelo nível hospitalar (BRASIL, 2005, p 37).

---

<sup>1</sup> Processo de impeachment explicado na coluna do jornal El País: [https://brasil.elpais.com/brasil/2016/08/31/opinion/1472650538\\_750062.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/08/31/opinion/1472650538_750062.html)

Os hospitais podem utilizar de alta complexidade com ações que utilizem de tecnologia avançada, como para tratamento de doenças ou cirurgias especializadas. A média complexidade são todos atendimentos oferecidos com profissionais especializados em específicas áreas da saúde, geralmente realizados em consultórios e ambulatório, ou em Hospitais de pequeno porte. A alta complexidade é um “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados” (BRASIL, 2005, p.17). Na alta complexidade os procedimentos utilizam de um investimento financeiro alto, e geralmente são relacionados a doenças crônicas, tratamento de longo prazo, e procedimentos de trauma.

Segundo Holz et al. (2016, p. 110)

[...] o hospital tem sua função restaurativa a partir do diagnóstico, tratamento e reabilitação do indivíduo, preventiva no controle de doenças infecto contagiosas, saúde ocupacional, promoção à saúde e, educativa na formação de profissionais de diferentes áreas.

Guedes e Castro (2009, p. 10) denominam o hospital como uma instituição que deveria

Ser pensando como um importante espaço na construção do Cuidado em saúde, pois nele circulam variados tipos de pessoas, detentoras de diferentes necessidades, e em diferentes momentos de suas vidas singulares, que chegam ao serviço para serem atendidas de forma mais fragilizada. Assim, o espaço hospitalar deve ser necessariamente um local de realização do acolhimento, escuta, responsabilização e vínculo, constituindo um lugar estratégico para a realização do Cuidado em Saúde em seu sentido amplo.

A definição de Atenção Hospitalar pelo Caderno SUS de A a Z foi constituída no ano de 2005, prévia à Política Nacional de Atenção Hospital, criada em 2013. Segundo Leal e Castro (2016, p. 214) o “[...] debate entorno da assistência hospitalar ganha destaque ao final dos anos 1990 por meio da construção de um Programa Nacional de Humanização”. Este programa foi criado principalmente por uma preocupação com a situação das instituições hospitalares e do sucateamento do setor, com muitas reclamações da população usuária. No entanto, este programa visava áreas focalizadas, tendo um recorte e restringindo a uma parte da população (LEAL; CASTRO, 2016).

Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), que tinha como princípios da Humanização a transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2003). Leal e Castro (2016) problematizam acerca desta política, visto que ela tem um enfoque no autocuidado, não levando em consideração os determinantes sociais trazidos na lei do SUS.

Tanto o autocuidado dos usuários e usuárias do serviço quanto de trabalhadores e trabalhadoras da saúde, que se vem em exigências pessoais de produtividade no trabalho. Em contraponto, a PNH ofereceu uma nova forma de olhar a instituição hospitalar, visto que tem como diretrizes o Acolhimento, a Ambiência, Defesa dos direitos do Usuários, ente outros; e apesar de ser uma política por vezes centrada no esforço dos profissionais, poderia ter mais efetividade se as condições de trabalho, atendimentos e estrutura das da rede, bem como da e formação em saúde fossem mais qualificadas, ou seja, a humanização não se restringe somente a atuação isolada dos trabalhadores (as) e usuários (as) do SUS.

Com intenção de seguir o investimento em uma nova forma de se pensar o hospital foi criado o caderno HumanizaSUS Atenção Hospitalar em 2013, trazendo uma crítica com relação ao modelo hospitalar de centralidade biomédica curativista, sendo

O centrismo do hospital e a sua departamentalização/fragmentação excessiva devem ceder espaço ao hospital que dê valor ao conjunto da rede de serviços e coopere, eficazmente, com seus usuários (internos e externos) antes e depois da hospitalização. Esta evolução é necessária para melhorar a organização da atenção, responder às necessidades da população e aproximar-se dela, bem como para eliminar os gastos desnecessários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 p. 14)

Ou seja, repensar o hospital como uma instituição que faça parte da rede de cuidados e que trabalhe junto à atenção básica, sendo esta a porta para a prevenção e promoção de saúde e ponte para o processo de alta da internação dos usuários que ingressem na instituição.

Considerando os elementos apontados, serão apresentados artigos que abordam sobre o tema, identificados a partir da pesquisa bibliográfica que foi feita sobre o descritor Hospital e Hospitalar nas dez revistas já citadas do Serviço Social, na introdução desse trabalho. Ao todo, quando pesquisado pelo descritor, foram encontrados 18 artigos, deste número nove se destacaram pela relevância do conteúdo, os quais encontram-se sistematizados no quadro a seguir:

Quadro 1: Artigos do descritor Hospital\Hospitalar e Atenção Hospitalar

| <b>Título do Artigo</b>   | <b>Autor(a)</b>             | <b>Resumo</b>   |
|---|-----------------------------|---|
| Trabalho Profissional das Assistentes Sociais na saúde na Contrarreforma Estatal  | GOMES;<br>BRITO.<br>(2015)  | Este estudo visa analisar o trabalho profissional do Serviço Social na política de saúde, em uma instituição pública no município de Fortaleza (CE), no contexto da contrarreforma do Estado. |
| Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e | MORAIS;<br>WÜNSCH<br>(2013) | O artigo discorre sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) no contexto hospitalar sob a percepção dos familiares/cuidadores de  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| profissionais de uma unidade de internação pediátrica  |  | crianças internadas e os profissionais da saúde com vistas a identificar os desafios e potencialidades que incidem nesta política.  |
| Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano   | FERREIRA;<br>ARAÚJO<br>(2014)              | O artigo apresenta uma análise qualitativa dos sentidos atribuídos à humanização no cotidiano hospitalar pelos trabalhadores da equipe multidisciplinar de um hospital público na cidade de Palmas/TO.  |
| A contribuição do Serviço Social para a efetivação do Controle Social no HC-UFU  | MARTINS (2015)                             | Objetiva discutir a contribuição que os/as assistentes sociais, empregados(as) nas unidades de Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva e Pronto-Socorro, podem oferecer para a efetivação do Controle Social no interior do HC-UFU, a partir da análise documental, observação empírica e pesquisa de campo.   |
| As práticas do Assistente Social e sua articulação com a Equipe de Saúde de um Hospital de Curitiba  | XAVIER;<br>LOPES<br>(2016)                 | Este artigo apresenta um estudo que buscou reconhecer as práticas dos Assistentes Sociais junto à equipe de saúde de um Hospital de Curitiba e sua articulação com o projeto ético-político da profissão.   |
| A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde   | ASSUNÇÃO;<br>SOARES;<br>SERRANO.<br>(2014) | O presente estudo objetivo discutir a problemática da superlotação das maternidades públicas, no âmbito estatal, em suas mediações com as principais tendências da política de saúde atual, a partir da experiência da Emergência Obstétrica do Hospital das Clínicas de Pernambuco.  |
| Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde  | GUEDES;<br>CASTRO<br>(2009)                | Revisão bibliográfica que parte da compreensão de que a produção do cuidado integral em saúde aponta questões que extravasam a competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico que tem sido historicamente o grande estruturador das ações de saúde.   |
| Humanização no atendimento ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise da literatura sobre a atuação do profissional de saúde | ASSUNÇÃO;<br>FERNANDES<br>(2010)           | Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, cujo objetivo é identificar, na literatura, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, com relação ao cuidado humanizado, no âmbito hospitalar, especificamente na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo).   |
| Educação em saúde no espaço hospitalar: desafios para o serviço social   | REZENDE;<br>MORAIS;<br>CASTRO,<br>(2016)   | O trabalho com educação em saúde na alta complexidade se configura como uma importante ferramenta de trabalho do assistente social, dada à possibilidade de estimular a participação dos usuários na busca de estratégias coletivas de enfrentamento do processo saúde-doença e permite ao profissional a socialização de informações pautada no direito dos usuários |

Fonte: Sistematização da autora com base na pesquisa bibliográfica.

De acordo com os artigos na tabela, conforme metodologia detalhada na introdução, nota-se que a temática do Hospital está conectada com pesquisas feitas através de estágios e residências multiprofissionais, sendo quatro pesquisas tanto qualitativas quanto quantitativas, trazendo a questão da humanização em saúde, o controle social e o trabalho interdisciplinar dentro do hospital. Somente cinco artigos trazem o conceito da Política Nacional de Humanização (PNH) e discorrem sobre o tema em diferentes pontos de vista. Moraes e Wunsch (2013), que trazem em seu artigo a Humanização em uma Unidade Pediátrica de um Hospital, citam a PNH como uma resposta à insatisfação dos usuários do SUS com o atendimento principalmente no que diz respeito à relação com os profissionais, as autoras também afirmam que

[...] esta mudança exige uma série de ações que se referem à capacitação de profissionais, ao estímulo a participação de trabalhadores e usuários nos processos decisórios, ao debate e transformações dos processos de trabalho, ou seja, à constante concepção e implantação de novas iniciativas de humanização dos hospitais, que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde (MORAIS; WUNSCH, 2013, p. 102).

No artigo de Assunção et al. (2014), que tem a temática das maternidades de hospitais públicos de Pernambuco, as autoras apresentam uma grande contradição na tentativa de Humanização dos Hospitais, problematizando que “ao mesmo tempo que se dispõe de políticas que fundamentem e redirecionem o modelo de atenção à saúde na perspectiva da qualidade e humanização, a realidade demonstra a não efetivação de tais preceitos, expressa nas diversas dificuldades”, “como a insuficiência de leitos, de materiais e profissionais, a negação do direito ao acompanhamento por falta de estrutura, entre outros” (ASSUNÇÃO et al., 2014, p. 8). No artigo de Assunção e Fernandes (2010) sobre a humanização com o segmento da população idosa é exposta a contradição dos trabalhadores de um hospital com a responsabilidade, o cotidiano de trabalho estressante e a demanda excessiva de atendimentos. As autoras citam que “[...] a construção de uma assistência humanizada na UTI torna-se uma tarefa difícil, pois requer atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante” (ASSUNÇÃO; FERNANDES, 2010, p. 73), visto que o Hospital ainda é uma instituição conservadora e com uma visão biologicista dos usuários que acessam seus serviços.

Os artigos trazem em comum os desafios e dificuldades que o SUS enfrenta desde sua implementação, visto que diante de um contexto de contrarreforma, as ações nunca foram totalmente efetivadas de acordo com suas diretrizes, e apesar de muitos avanços, o sistema público do país segue com inúmeras dificuldades, principalmente ao que diz respeito às

privatizações e à “ampliação da participação privada no SUS, uma vez que o que deveria ser complementar, praticamente, equipara-se ao ofertado pela esfera pública e, sobretudo, revela a precariedade no acesso e assistência à saúde” (ASSUNÇÃO et AL., 2014, p. 16). A partir destes conceitos, nota-se o caráter político e crítico dos artigos, que tem uma visão ampliada da saúde e fazem uma discussão acerca do contexto hospitalar pela lógica de saúde universal do SUS, evidenciando o alinhamento da produção da área com a defesa da Reforma Sanitária e do projeto ético-político

Ao que diz respeito diretamente ao trabalho no Hospital, têm-se conteúdos relevantes sobre a importância da interdisciplinaridade como forma de trabalho para a garantia de um atendimento integral aos usuários. Guedes e Castro (2009, p. 4) pronunciam-se sobre o trabalho hospital levando em consideração que “[...] a saúde [...] exige a construção de uma rede de cuidado que trabalhe sob o prisma da produção da saúde enquanto qualidade de vida e não a partir do viés de doença.” Alguns autores e autoras problematizam o Hospital como ainda uma instituição hierárquica com o modelo de saúde biomédico visando somente a doença, enfatizam a importância dos hospitais serem considerados instituições que garantam saúde com ações realizadas de forma a garantir o conceito ampliado de saúde (REZENDE, et al., 2016), se desvinculando da ideia de que saúde é somente ausência de doença. No artigo de Xavier e Lopes (2016) é problematizado a questão do trabalho multidisciplinar e a não participação de profissionais do Serviço Social em reuniões de discussão sobre os casos, por exemplo, reuniões de extrema importância para troca de saberes e para conhecer o indivíduo de diferentes olhares. Segundo a pesquisa do artigo constata-se que “[...] mesmo após uma reestruturação estrutural [...] ser instituída no hospital e favorece uma forma de atendimento mais horizontal e interdisciplinar, a cultura organizacional existente ainda não permitiu esta horizontalização das relações na prática” (XAVIER; LOPES, 2016, p. 143), voltando ao que já foi citado anteriormente em ser difícil a desconstrução do Hospital como instituição hierárquica e conservadora. Para Cecílio (2006) há ainda desafios de conectar o hospital de forma adequada à rede de serviços de saúde, devendo ser considerado uma “estação” por onde o indivíduo passa para garantir a integralidade, necessitando, portanto, estar articulado com a rede.

A partir das problematizações, contradições e propostas para o trabalho na atenção hospitalar, os artigos também desenvolvem uma discussão acerca da Educação em Saúde como estratégia para qualificar o trabalho nos hospitais. Guedes e Castro (2009, p. 20) destacam que:

[...] educação em saúde pode ser considerada uma tecnologia relacional em saúde já que suas ações personificadas nas frentes de trabalho como grupo, atendimento individual, sala de espera, visita domiciliar, dentre outras, propõe que os serviços de saúde e suas múltiplas abordagens sejam entendidos como espaços de fluxos, demandas e necessidades dos usuários e não instâncias depositórias de saberes pré-concebidos, carregados de conteúdo biologicista-mecanicista, higienista-comportamental, focados na doença e não na saúde.

Ou seja, a educação em saúde deve ser repensada a partir de um novo conceito de saúde, e não seguindo a linha tradicional de educação através de práticas higienistas e conservadoras, deve-se considerar “[...] a determinação social do processo saúde-doença dos indivíduos, correlacionado aos aspectos biológicos, aos determinantes psicológicos e ao acesso a um conjunto de determinantes sociais” (REZENDE, et al., 2016), também devendo ser pensada em um diálogo e aproximação com a pessoa internada e sua família (acompanhante), como uma forma de viabilizar questões de difícil entendimento de normas da instituição de uma forma horizontal.

Dos nove artigos, cinco trazem a Ouvidoria como forma de participação dos usuários no contexto hospitalar, sendo esta uma possibilidade de se aproximar e interagir com a instituição, muitas vezes o elo entre as sugestões e reclamações dos usuários para com o Hospital. No artigo de Martins (2015) são apresentadas inúmeras dificuldades do Controle Social dentro de uma instituição Hospitalar, levando em consideração fatores como a carga horária e a carga de trabalho de profissionais do Serviço Social, ocasionando a falta de interação e tempo com usuários, por isto diante deste artigo é trazida a Ouvidoria como uma forma de controle social possível atualmente em alguns hospitais. Porém, como a Ouvidoria ainda é um órgão dentro do hospital que não tem tanta visibilidade ou participação, é questionável o papel que exerce, sendo muitas vezes, como já citada, apenas uma forma de “desabafo” de um atendimento por parte dos usuários e usuárias, sem uma articulação de mudança como é o exemplo dos conselhos de saúde da Atenção Básica. Portando nota-se ainda um distanciamento dos hospitais para uma forma de participação e controle social dentro de suas gestões.

Destaca-se ainda, da análise realizada, que os artigos apresentados que discorrem sobre o tema do contexto hospitalar ou de atenção hospitalar foram escritos tanto antes quanto depois da portaria nacional, porém somente um dos artigos usa a expressão “Atenção Hospitalar”, este que foi escrito no ano de 2009, ou seja, antes da portaria. O que se percebeu, diante dos conteúdos expostos, foi que a Portaria de Atenção Hospitalar foi a

operacionalização do que já se desenvolvia para a efetivação da Atenção Hospitalar como parte da Rede de Atenção à Saúde.

Portanto, a partir de discussões e reflexões acerca da importância do Hospital dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que já eram feitas dentro dos hospitais e universidades, foi criada a portaria nº 3.390 da Política Nacional da Atenção Hospitalar (PNAH), (LEAL; CASTRO, 2016). A portaria traz como disposições gerais:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Art. 2º As disposições desta Portaria se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 3º Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. (BRASIL, 2013).

A RAS foi composta pela portaria nº 4.279 no ano de 2010 pelo ministério da saúde a fim de concretizar as diretrizes do SUS e tem como objetivo

[...] promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010 p. 4).

A inserção do hospital na RAS se dá através da atuação como linha de cuidado, tendo como compromisso a “[...] garantia a seus usuários ao acesso universal, a equidade e integralidade, dando continuidade ao cuidado através da articulação hospital e RAS com foco no usuário e sua família” (HOLZ et al., 2016, p. 103). Estes primeiros artigos compreendem os Hospitais como uma nova forma de contemplar a Rede de Atenção, visto que se abandona a visão biomédica curativa para um ambiente de hospitalidade, assistência, atendimento que vise a integralidade e comunicação com a rede.

No artigo 5º constam 25 pontos de organização da Atenção Hospitalar, todos destacando as ações que se prevê através da portaria, entre eles a acessibilidade hospitalar, o acolhimento, apoio matricial, classificação de risco, clínica ampliada, horizontalização do

cuidado, linhas de cuidado, modelo de atenção, entre outros. Os apontamentos fundamentais visam uma instituição hospitalar com uma visão ampliada em saúde, o que é um pensamento novo, visto que apesar de todo avanço da saúde pública e novas formas de se trabalhar com ela, a instituição hospitalar sempre se manteve em um lugar focado na doença como práticas apenas curativas, e não fazendo parte da rede de atenção. Ao mesmo tempo que é desafiador executar estes pontos, também é uma perspectiva de melhoria nas instituições e nas relações da população com a saúde, uma vez que a articulação dos hospitais com a atenção básica e de média complexidade é uma forma de prevenção e atenção integral às famílias atendidas.

A portaria apresenta como eixos estruturantes, segundo o Art. 7: Assistência Hospitalar, que é a organização da instituição de acordo com as necessidades da população (2013), levando em consideração a relação da RAS com a territorialidade, e em considerar o território como identidade de aspectos culturais, sociais e políticos (HOLZ, et al., 2016). Tendo em vista o trabalho interdisciplinar e a comunicação com a rede de saúde do território, englobando toda forma de assistência que o hospital presta à população.

Diante da experiência como estagiária no Hospital Cristo Redentor (HCR), instituição pública de instância 100% pelo SUS e com ênfase em trauma e pacientes críticos, notou-se um grande distanciamento da assistência hospitalar a partir das diretrizes trazidas pela portaria, visto que a instituição ainda tem dificuldades com a hierarquização das profissões, trabalhando de uma forma multidisciplinar, em que há pouca comunicação entre os profissionais de diferentes áreas. O território que o HCR tem como público usuário é oriundo de todo o estado do Rio Grande do Sul, fato que é mencionado como uma dificuldade para trabalhar com territorialidade, porém mesmo as famílias pertencentes ao bairro e à cidade de Porto Alegre vêem muita dificuldade de acessar o serviço de forma integral e intrasetorial, visto que não é feito um trabalho junto com as unidades básicas de saúde (UBS) ou estratégias de saúde da família (ESF). A circunstância da portaria ser recente (2013) e a desconstrução de uma instituição conservadora ser um processo árduo pode significar dois lados neste processo: a pendência da assistência hospitalar mesmo sendo uma portaria e lei, e o início de um trabalho de melhorias, principalmente nas equipes que conseguem fazer reuniões, trabalhar de uma forma interdisciplinar, levando todas as pautas para a direção como forma democrática de mudança estrutural.

Já a Gestão Hospitalar corresponde a garantia do acesso e qualidade da assistência, no cumprimento de metas no contrato, eficiência e transparência de aplicações dos recursos e o planejamento participativo e democrático (BRASIL, 2013). Diz respeito a relação do gestor municipal e estadual pela regulação da portaria, e a forma como é feito o monitoramento e

avaliação da instituição, tanto quanto a obrigatoriedade das ouvidorias enquanto recurso democrático para ouvir usuários dos serviços. As ouvidorias funcionam como uma forma democrática dos usuários sugerirem de alguma forma melhorias para os serviços, mesmo que muitas vezes são utilizadas como forma de reclamação de algum serviço prestado por algum trabalhador da instituição, e que servirá também como maneira de realizar ações em melhoria da qualidade dos serviços. O Hospital Cristo Redentor possui uma ouvidoria que muitas vezes não é utilizada, visto que as pessoas não querem esperar o atendimento ou simplesmente não tem conhecimento sobre este serviço dentro da instituição. Viabilizar este serviço no hospital, reforçar o papel dentro da instituição e a forma como a ouvidoria chega na direção geral seria uma forma de melhora, podendo haver mudanças ocasionadas pela população que utiliza do serviço.

Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho diz respeito ao papel do Hospital enquanto ensino e pesquisa, tanto na parte tecnológica quanto na educação permanente, legitimando o matriciamento como uma das principais formas de formação e desenvolvimento fonte e também é onde se encontra o papel da Saúde do Trabalhador dentro da instituição. Na experiência de estágio no HCR notou-se um grande engajamento enquanto formação, com as residências multiprofissionais em saúde, os mestrados e os cursos gerados pelo hospital. As palestras, cursos de capacitação das profissões e multiprofissionais, seminários feitos pelas equipes são prova de que a educação permanente em saúde é uma das principais ferramentas oferecidas pela formação e desenvolvimento do hospital, o que significa um avanço constante em relação ao atendimento integral e visando a portaria da atenção hospitalar. Como uma instituição totalmente pública, a saúde do trabalhador é composta por uma equipe de profissionais que atendem trabalhadores desde atendimentos médicos, enfermagem, fisioterapia aos serviços de psicologia e serviço social.

Financiamento será realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, tendo como cumprimento as metas quali-quantitativas de assistência, gestão, ensino e pesquisa (BRASIL, 2013). Contratualização é “a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização” (2013), é a forma em que os gestores estabelecem metas e os critérios para a contratualização.

Responsabilidades das Esferas de Gestão são as três esferas (Estado, Distrito Federal e Município) responsáveis pela organização e ação da saúde pública descentralizada. Ao ministério da saúde compete definir, implementar, monitorar e avaliar a PNHOSP; estabelecer no Plano Nacional de saúde metas e prioridades da atenção hospitalar; co-financiar a atenção

hospitalar, de forma tripartite, articular ações com ministério da educação em relação aos cursos de graduação e pós graduação que façam parte da saúde hospitalar e gerenciar questões ao seu nível de gestão (BRASIL, 2013). Às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal compete coordenar, estabelecer metas, realizar o monitoramento e avaliação das metas em âmbito estadual, também co-financiando a atenção hospitalar de forma tri-partite. Projetar o funcionamento da RAS com o município e prestar assessoria técnica aos municípios e hospitais (BRASIL, 2013). Às Secretarias Municipais compete coordenar, monitorar e avaliar a política no âmbito municipal, estabelecer as metas dos hospitais do município, estabelecer a contratualização sob sua gestão e participar do co-financiamento tripartite (2013).

A relação da portaria de Atenção Hospitalar com as propostas em relação à saúde é contraditória pois “esta proposição é tensionada pelo projeto privatista e pelo subfinanciamento da política de saúde que incide, muitas vezes, em uma gestão gerencial, verticalizada e pouco participativa” (LEAL; CASTRO, 2017, p. 215). Ainda em contradição, o Estado impulsiona a criação de Organizações Sociais (OS), que são definidas como entidades “Jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.” (BRASIL, 1998) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) que “[...] instituem uma nova forma de transferência das funções do Estado para o setor privado, através do Termo de Parceria” (BATISTA JUNIOR, 2008).

Ao que diz respeito às instituições hospitalares foi criado, em 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que terá por finalidade, segundo o art.3

A prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública (BRASIL, 2011).

Com a criação da EBSERH tem-se um retrocesso enquanto SUS e enquanto visão de integralidade da saúde e de formação, visto que se rompe a vinculação dos hospitais com as universidades federais, precarizando o ensino ao modelo de empresa, ou seja, um modelo com referências de mercado. Segundo BATISTA JUNIOR (2008) este novo modelo de gestão se aproxima do plano de contrarreforma, com uma visão de privatizar o que é público, repassando o fundo público para o privado e flexibilizando os direitos sociais.

Ou seja, nota-se o desafio desta portaria enquanto contexto político e econômico do país, e também enquanto Hospitais ainda vistos como uma instituição que não pertence à rede de atenção, mas visto o ano em que foi operacionalizada e as possibilidades já abertas dentro das instituições, nota-se alguns avanços que podem ocorrer de forma gradual com o tempo.

A procura pelos hospitais e emergências ainda é grande parte da primeira opção da população, tornando-se a porta de entrada em muitas situações no lugar das unidades básicas, segundo Cecílio (1997), tem-se uma dificuldade em executar a pirâmide proposta pelo modelo do SUS, causando um desentendimento da população em relação aos atendimentos que “deveriam” procurar, muitas vezes os culpabilizando por procurar o serviço que necessita onde quer que se ofereça.

Diante disto, surge a proposta de uma rede circular, em que:

O círculo se associa com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS. Trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada. O centro de saúde é uma boa entrada para o sistema, assim como também o são os pronto-socorros hospitalares, as unidades especializadas de pronto-atendimento e tantos outros serviços. (CECÍLIO, 1997 p. 475).

Desta forma, com a qualificação dos serviços, qualquer instituição poderia ser porta de entrada, com proposta de acolher, atender e orientar de forma a garantir um atendimento integral. Portanto, através desta discussão acerca da temática hospitalar, seus desafios e perspectivas, no próximo item será discutida a intersectorialidade e integralidade como formas de garantia de saúde dentro da Atenção Hospitalar.

## 2.2 A INTEGRALIDADE E A INTERSETORIALIDADE A PARTIR DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM SAÚDE

A integralidade, na Lei que dispõe sobre o SUS, consiste num dos princípios estruturantes da política de saúde, sendo “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;” (BRASIL, 1990). Desde a criação do SUS nota-se uma dificuldade de relacionar a universalidade proposta pela lei com a integralidade, pois a mesma vai além da saúde pública enquanto direito, englobando o conjunto de políticas

sociais relacionadas com as condições de vida e promoção da saúde. Segundo Mattos (2004, 1413), “[...] a criação do SUS modificou esse arranjo institucional, mas não necessariamente transformou as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência”. Nessa direção, destaca-se, no ano de 2011, a portaria da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que define essa rede como um “[...] conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011). Tal portaria contribui para uma mudança ao que diz respeito a estrutura de articulação das instituições, visto que existia uma dificuldade de comunicação entre a atenção básica (que seria considerada a porta de entrada, pela lógica de um sistema hierarquizado) e a média e alta complexidade (topo desta pirâmide). Ou seja, para fins de um atendimento integral em um âmbito macro, a RAS afirma os Hospitais como parte desta rede de cuidados, de forma articulada com demais serviços, o que implica em mudanças nos processos de trabalho na atenção hospitalar, tendo em vista sua efetiva integração nessa rede.

Considera-se que o debate do princípio da integralidade relaciona-se diretamente com uma compreensão ampla das necessidades sociais em saúde. Cecílio (2009) destaca quatro conjuntos dessas necessidades. O primeiro seriam as “boas condições de vida”, trazida pelo autor com dois sentidos, um funcionalista, relacionado ao ambiente externo que determina o processo de saúde-doença e outro relacionado aos “lugares ocupados pelos homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas” (CECÍLIO, 2009, p. 2). O segundo conjunto de necessidades refere-se ao acesso às tecnologias de saúde capaz de prolongar e melhorar a vida, destacando a não hierarquização das tecnologias, levando em consideração a necessidade de cada um em cada momento de uso. O terceiro conjunto se refere ao vínculo criado entre o (a) profissional e usuário que usa do serviço de saúde, como “encontro de subjetividades”. O quarto conjunto de necessidades diz respeito à autonomia de cada sujeito, sendo a “informação e a educação em saúde apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa” (CECÍLIO, 2009, p.3). Este conjunto de necessidades humanas trazidas por este autor pode ser associado ao modo de compreender a saúde a partir dos seus determinantes sociais e de uma forma ampliada de acordo com a Reforma Sanitária.

Além disso, subsidia o debate do trabalho interdisciplinar e intersetorial dentro da instituição Hospitalar (e de outros níveis de atenção), com um viés de humanização através da PNH, e também a valorização da questão da educação em saúde, reconceituada, sem um viés biologicista, tendo em vista a autonomia dos sujeitos.

Cecílio (2009) também traz duas formas de se compreender a integralidade, sendo a primeira desta denominada como Integralidade Focalizada. Esta refere-se ao processo em que uma equipe multidisciplinar (desde unidades de saúde à hospitais) funciona de forma interdisciplinar, trocando saberes entre profissionais e utilizando destes saberes efetivar a “[...] busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo, a procura de um vínculo com algum profissional, a necessidade de se ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, ter acesso a alguma tecnologia de saúde” (CECÍLIO, 2009, p. 4). Importante evidenciar que, como já trazido no item anterior deste trabalho, as condições de trabalho e a sobrecarga dos profissionais da saúde são considerados um grande entrave para um atendimento humanizado que tenha a integralidade em sua dimensão focalizada como objetivo. Não se deve aqui culpabilizar os trabalhadores e nem responsabilizá-los unilateralmente pela dificuldade de integralidade em saúde, pois a mesma também decorre da mercantilização da saúde, da contrarreforma do Estado materializada na onda de privatizações das políticas sociais. Entende-se que quando o autor cita que “o resultado da integralidade há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo” (CECÍLIO, 2009, p. 4), este esforço abarca a gestão dos serviços e o trabalho interdisciplinar, não sendo centrado no poder médico dentro de uma equipe, mas justamente nas relações horizontais, cooperativas e integradas entre os trabalhadores da saúde.

Partindo da concepção focalizada e dirigindo-se à concepção ampliada de integralidade, Cecílio (2009) discorre sobre a integralidade não ser de fato completa somente em uma instituição, pois ela depende de uma articulação de serviços que englobem os determinantes sociais da saúde, tais como habitação, trabalho, educação, lazer, entre outros. Portanto, “[...] a garantia desta integralidade do cuidado é uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual [...] de cada usuário” (CECÍLIO, 2009, p. 5). O autor também problematiza a lógica da pirâmide de saúde e hierarquização do sistema no que tange a integralidade, visto que, por exemplo, um serviço de alta complexidade não sirva apenas como um serviço curativo focalizado, por vezes deixando de considerar o indivíduo como um todo, e sim um fragmento de suas doenças.

Cecílio e Merhy (2003) também abordam a questão de o Hospital ser visto como a referência em casos de maior gravidade e complexidade, constituindo somente a contra-referência. Contudo, os hospitais, através de suas urgências e emergências, seguem sendo uma das principais portas de entrada de atendimento em saúde independente da complexidade e gravidade da situação. Então, seria necessário uma “[...] organização de equipes de acolhimento nos serviços de urgência capacitadas para o reconhecimento e encaminhamento

de pacientes que necessitam de cuidados mais regulares apropriados em outros serviços de rede” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 6), portanto o hospital faria nestes casos a função de referência, pois a Unidade de Saúde seria o encaminhamento do “topo” da pirâmide, sendo esta resolução parte do “círculo” do sistema de saúde, substituindo o modelo da “pirâmide”. A criação da RAS, sendo posterior a estas produções utilizadas como referência, pode ser considerada como uma resposta de fortalecimento da integralidade em saúde, pois a assistência hospitalar com a portaria da Atenção Hospitalar visa um trabalho territorial, de qualidade, com conexões entre as diferentes complexidades do sistema de saúde. Ou seja, estruturando um trabalho a partir das dimensões focalizada e ampliada da integralidade. Ao mesmo tempo, com os inúmeros cortes de investimentos nas políticas e no avanço de uma onda conservadora, nota-se a dificuldade, principalmente dentro das instituições hospitalares, em efetivar as diretrizes da referida portaria. Por exemplo, verifica-se ainda a realidade de equipes que trabalham de uma forma multidisciplinar, contradizendo a portaria, pois no art. 6º a mesma estabelece como diretriz o “[...] modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar” (BRASIL, 2013).

No Hospital Cristo Redentor, em que foi feito o estágio curricular em Serviço Social, as equipes trabalhavam de forma multidisciplinar, ou seja, cada profissional utilizava de seus conhecimentos e técnicas para atender usuários (as) de forma individual, apesar de haver conversas e reuniões informais, verificava-se uma fragmentação das necessidades da pessoa atendida através do seu trauma, ocasionando uma contradição entre a portaria e a definição de integralidade com o trabalho dos profissionais. Fato que leva a questionar e considerar a necessidade de discutir sobre a temática da organização dos processos de trabalho dentro dos Hospitais, levando em consideração uma educação permanente e uma atualização de leis e portarias para fins de diminuir o distanciamento de quem trabalha nas instituições com as novas formas de compreender e desenvolver ações em saúde. O atendimento integral consta como importante em todos os níveis, seja na atenção básica como na atenção hospitalar. De acordo com Closs (2012, p. 41), a integralidade

Implica uma abordagem totalizante das necessidades e da atenção em saúde, o que se desdobra na análise e intervenção sobre: a relação entre demandas, as necessidades de saúde e ofertas de serviços; a (re)organização dos processos de trabalho das equipes, tendo como foco o usuário; o trabalho em equipe e a afirmação da interdisciplinaridade; a relação profissional usuário, tais como escuta, vínculo, acolhimento, tendo em vista a abordagem ampliada do sujeito e das suas necessidades; a acessibilidade a diversos níveis de atenção de forma articulada visando ampliar as possibilidades de atendimento às necessidades de saúde singulares e coletivas; a diversificação de ações que

transcendam o enfoque curativo; os modelos assistenciais e a gestão dos serviços e políticas.

Considerando a saúde como “[...] produto e parte do estilo de vida e das condições de existência” (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 13), e que trabalhar com saúde corresponde a englobar todos aspectos da vida cotidiana, as autoras (2006) definem que a integralidade tem como pilares a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, valorizando assim os saberes de ações profissionais de diferentes áreas, entre essas o Serviço Social, que abandona a visão clínica de saúde e passa a ter uma nova possibilidade de atuação diante do alinhamento do projeto ético-político da profissão com a Reforma Sanitária. Mas também a intersetorialidade é um grande desafio, visto que não foi suficientemente enfatizada na lei do SUS, sendo mais priorizada a intrasetorialidade, onde os serviços de saúde se comunicam, e não os setores de diferentes políticas.

Segundo Monnerat e Souza (2011, p. 43) “[...] a articulação da saúde com outros setores não tem sido a perspectiva predominante adotada pelos gestores dos três níveis de governo [...] as estratégias apontam para articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde”. Diante desta citação, nota-se que a RAS contribui para uma ação intrasetorial, e que na portaria de Atenção Hospitalar não consta a intersetorialidade como forma de garantia de integralidade em saúde, se assemelhando a um conceito focalizado do atendimento integral, visto a fragmentação entre as políticas de Seguridade Social. As autoras trazem que “[...] a concorrência entre as áreas de política que deveriam compor a Seguridade Social também contribuiu para o fracasso de sua implementação. (...) perdendo a oportunidade de reforçar o debate em favor da integração entre política social e econômica do país” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 43). Ou seja, a disputa econômica e a fragmentação da seguridade social têm como consequência ações setoriais advindas da contrarreforma neoliberal, e assim um grande desafio de tratar a saúde de acordo com a Reforma Sanitária.

A(o) profissional Assistente Social acaba tornando-se quem trabalha com a intersetorialidade dentro da instituição de saúde, pois a partir dos fundamentos éticos e teóricos-metodológicos da profissão é inviável trabalhar em um viés de ações focalizadas. Apesar da contribuição do trabalho profissionais para as equipes, sucede que este é incompleto, pois não é possível apenas um profissional conseguir trabalhar com a intersetorialidade dentro de uma instituição. Considerando assim que:

A atuação do assistente social sozinho não dá conta de materializar arranjos intersetoriais que respondam eficientemente e eficazmente as demandas sociais, e nem é esse o objetivo do capital ao chamar esse profissional. Porém

o debate sobre a integralidade na saúde tem requisitado que a abordagem intersetorial seja trabalhada no âmbito dessa política, nesse processo o assistente social pode enriquecer a discussão devido a sua bagagem teórica e prática sobre esse setor (FRANÇA; CAVALCANTI, 2010 p. 7).

Então, a partir desta antítese relacionada ao trabalho intersetorial, pode se observar que existe uma intersetorialidade de um viés micro, em que principalmente a (o) profissional Assistente Social exerce, sendo desenvolvida por trabalhos em rede, encaminhamentos para a assistência social ou previdência (rede de seguridade social). Essa direção de trabalho está claramente demarcada na dimensão ético-política da profissão, e se expressa em documentos, como o Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na saúde do CFESS. O mesmo, reforça a importância de “[...] estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais” (CFESS, 2010, p. 30), e também observar que a intersetorialidade com um viés macro depende da integração da Seguridade Social, os conselhos de cada setor se comunicando, a criação de espaços de educação permanente, ou seja, de uma mudança estrutural na forma como as políticas são executadas atualmente.

Diante das contradições e desafios vistos na implementação da intersetorialidade como pilar e forma de garantir a integralidade, a seguir será apresentada a tabela e a síntese dos artigos encontrados na pesquisa bibliográfica sobre o tema de Integralidade e da Interseccionalidade, selecionados tendo em vista que os mesmos englobam temáticas referentes a áreas hospitalar, ao trabalho da assistente social, de forma articulada com a política de saúde. Na temática de Integralidade obteve-se 11 artigos ao total, e deste universo foram selecionados 5 artigos que possuíam os requisitos para a revisão.

Quadro 2: Artigos sobre o descritor Integralidade

| <b>Título do Artigo</b>   | <b>Autor(a)</b>                              | <b>Resumo</b>   |
|---|--|---|
| Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da interseccionalidade no contexto do SUS | GUERRA;<br>COSTA (2017)                      | Este artigo apresenta uma breve análise da proposta de formação profissional da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) conferindo centralidade à: interseccionalidade, promoção da saúde, integralidade e formação continuada, enquanto categorias essenciais à efetivação do direito à saúde em sentido ampliado e, portanto, para o redirecionamento do trabalho em equipe de saúde na perspectiva de efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). |
| Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS   | MENDES;<br>GARCIA;<br>OLIVEIRA;<br>FERNANDES | Situando o cenário social, político e econômico do Brasil nas últimas décadas, este artigo trata da reforma sanitária que se opera a partir do final da década de 1980 e das contradições pertinentes aos modelos de  |

|  |                               |   |
|--|-------------------------------|---|
|  | (2011)                        | gestão da saúde no país. A realização de uma ampla revisão literária da produção sobre os modos de gestão na saúde permitiu a presente sistematização.  |
| Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos                          | FROSSARD;<br>SILVA (2016)     | Este artigo destaca a inserção do programa de residência multiprofissional no Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos do Instituto do Câncer do Ceará (ICC) entre os anos de 2013 a 2015. Apropriando-se da teoria crítica marxiana, apresenta um estudo descritivo e exploratório, de cunho qualitativo, iluminando a dimensão técnico-operativa do Serviço Social no âmbito do ICC. |
| O acolhimento no processo em saúde   | BARRA (2011)                  | Este artigo é uma revisão bibliográfica subsidiada pelo entendimento de que no campo do trabalho em saúde, o acolhimento se mostra como uma tecnologia fundamental na busca pela integralidade da assistência.  |
| Residência multiprofissional em saúde: considerações para a construção da integralidade na perspectiva do Serviço Social | ALMEIDA;<br>SALAZAR<br>(2017) | Este trabalho tem como objetivo compreender o princípio da integralidade, presente no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das particularidades do trabalho do assistente social inserido em uma Residência Multiprofissional em Saúde (RMS).   |

Fonte: Sistematização da autora com base nos dados da pesquisa.

Diante da análise dos artigos sistematizados nos quadros, destaca-se que o descritor Integralidade tem, em maioria (3 de 5), associação com a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). O artigo de Almeida e Salazar (2017) traz a trajetória da residência multiprofissional, a integralidade na lei orgânica de saúde e a invisibilidade deste termo durante os anos em que o SUS foi concebido. As autoras tratam da integralidade a partir das concepções de Cecílio (2009), Pinheiro (2009) e Mattos (2009) e reforçam a RMS como forma de contribuir para a formação com o viés de um atendimento integral, retomando as diretrizes do Sistema único de saúde. Destacam assim que:

Pensar a integralidade no campo das ações profissionais requer tê-la como princípio norteador das práticas, da organização dos serviços e da gestão das políticas, para, então, entender o sujeito nas diversas manifestações de sua saúde. A integralidade, articulada com os demais princípios do SUS, torna-se instrumento fundamental para o rompimento com práticas profissionais fragmentadas e descontextualizadas da realidade, principalmente do indivíduo (ALMEIDA; SALAZAR, 2017, p. 262).

O artigo faz uma crítica aos modelos centrados numa abordagem biomédica tradicional dos hospitais e nos desafios da (o) Assistente Social enquanto profissional responsável por trabalhar em uma perspectiva de garantia de integralidade. As autoras citam que os

[...] modelos tradicionais da saúde focados na atenção médico-paciente ainda são mantidos e se contrapõem à perspectiva da integralidade. Romper, questionar, intervir nessa realidade requer esforço não só do assistente social, mas de todos os profissionais que desenvolvem seu trabalho na saúde (ALMEIDA; SALAZAR, 2017, p. 262).

Ou seja, o conceito amplo de integralidade não é responsabilidade de uma profissão, e sim de uma equipe que trabalhe conjuntamente a partir de uma perspectiva interdisciplinar de modo a priorizar as necessidades de saúde dos usuários em sua totalidade.

O artigo de Guerra e Costa (2017, p. 455) também reflete alguns aspectos referentes à retomada do conceito de integralidade a partir da RMS, citando que “[...] a RMS cumpre o papel de formar profissionais para o SUS capazes de contribuir para o fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira”. Perpassando a história da residência no país, e através de uma pesquisa quantitativa feita com residentes, as autoras refletem sobre a atualidade e os desafios encontrados frente a privatização da saúde e o retorno a uma visão menos ampliada de saúde. Considera que as residências são fruto de parceria entre os hospitais universitários e as universidades, “[...] mas cada instituição normatiza a execução dos seus programas [...] que podem ser implementados de formas diferentes em instituições de saúde distintas.” (GUERRA; COSTA, 2017, p. 458). No Item 2.1 deste trabalho, foi mencionado a EBSEH como forma de retrocesso ao modelo de saúde ampliado, o que é abordado pelas autoras neste artigo, onde consta que:

[...] a transferência da gerência dos Hospitais Universitários (HUs) para a EBSEH tem significado reiterar o modelo tecnocrático de gestão, que ignora a gestão participativa preconizada na legislação do SUS, reificando a hierarquia e a verticalização das relações de trabalho, presididas por uma lógica produtivista, priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, aumentando a sobrecarga dos profissionais e a pressão por aumento da produção de procedimentos, reiterando o modelo assistencial procedimento-centrado, comprometendo a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão” (GUERRA; COSTA, 2017, p. 463).

Ou seja, se identifica uma contradição existente entre modelos de gestão e as diretrizes das residências multiprofissionais e do próprio SUS, pois mesmo trabalhando em uma perspectiva de saúde pública como universal, a formação dos residentes se depara com um modelo de gestão em que se tem a “prevalência do modelo privatista, centrando em um atendimento individualizado e curativo” (GUERRA, COSTA, 2017, p. 463).

O terceiro artigo sobre residência (FROSSARD e SILVA, 2016), também fruto de pesquisa dentro de instituição hospitalar, identifica a integralidade dentro da RMS e faz uma crítica ao modelo da residência no país. Aponta que

“no Brasil, historicamente a modalidade ensino denominada residência se consolidou como especialização para médicos vinculados à prática liberal, individual e privatista. A atuação por especialidade é, ainda hoje, característica médica predominante, muitas vezes fragmentando o conhecimento, apartando-o das relações com outros fenômenos e da totalidade que os cerca” (2016, p. 282)

Nota-se a crítica baseada também na relação hierárquica das profissões dentro das instituições hospitalares, desresponsabilizando toda a equipe pelo atendimento integral, centrando a doença a ser tratada em um atendimento médico como principal, e depois à equipe multidisciplinar, sendo mais uma vez uma forma de fragmentar as necessidades da pessoa que busca os serviços e secundarizando as outras profissões de saúde. Nestas reflexões, é notável a importância das especialidades em saúde, mas que estas deveriam ter carga com uma equipe de profissionais de diferentes áreas, e não em um plano individual de cuidado, ou seja, as especialidades não devem se atrelar somente ao ato médico.

Dentre os artigos que abordam a temática do atendimento integral em saúde, Barra (2011) articula a integralidade com a prática de Cuidado, já citada no Item 2.1 como uma diretriz da Humanização, tema que é relacionado no artigo como formas de garantia dentro de uma instituição hospitalar. A autora traz a concepção de cuidado enquanto

A dimensão do cuidado para se concretizar no cotidiano do trabalho em saúde necessita de condições estruturais dentro da instituição em que se realiza como depende também do direcionamento mais geral da política de saúde. Isto quer dizer que para que um profissional possa exercer o cuidado, ele necessita de boas condições de trabalho, de equipamentos e insumos necessários em cada caso, o que dependerá dos valores que orientam a condução das políticas de saúde no âmbito da gestão. (BARRA, 2011, p.127)

Em uma concepção de humanização, também é importante não responsabilizar os trabalhadores somente pelo Cuidado e sim ter uma visão macro das políticas de saúde e de gestão dentro das instituições, o que é evidenciado pela posição da autora. Ademais da concepção de cuidado, neste artigo percebe-se a tendência para uma concepção de integralidade focalizada de Cecílio (2009) pois trata de um atendimento de qualidade dentro do Hospital, mas também leva em consideração a saúde através de seus determinantes sociais, argumentando que

A integralidade pode ser entendida como um valor que deve nortear as ações de saúde. Está relacionada ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e cura, bem como à consideração do indivíduo para o qual se destinam aquelas ações, como um sujeito em seu contexto socioeconômico e cultural onde suas demandas de saúde ganham significados. Tomando por base esse princípio a atenção em saúde só pode ocorrer por meio de relações de cuidado. (BARRA; 2011, p.126)

Diante da abordagem da autora sobre a integralidade e deste termo ser vinculado às ações de saúde que contemplam o contexto socioeconômico e cultural, tem-se uma concepção de que as ações de saúde não somente envolvem instituições hospitalares ou de atenção básica, mas envolvem sujeitos, serviços e políticas relacionados a todos os fatores que determinam a saúde como uma concepção que se distancia somente da ausência de doença. Ou seja, torna-se necessário discutir a intersectorialidade a partir dos conceitos e reflexões oriundos da pesquisa bibliográfica, tornando-se importante refletir sobre os dados da pesquisa sobre este descritor ao se deparar com apenas quatro artigos que se associam à temática hospitalar ou a uma temática mais ampla sobre o conteúdo, sendo os assuntos que aparecem: Residência Multiprofissional em saúde, gestão social, políticas sociais e seguridade social.

Na procura dos artigos com o descritor Intersetorialidade, obteve-se 12 produções, e destas quatro (4) utilizam do termo com relação à atenção hospitalar ou de uma visão geral das políticas públicas, sem que haja um direcionamento somente para um nível de atenção em saúde, conforme quadro a 03.

Quadro 3: Artigos sobre o descritor Intersetorialidade

| Título do Artigo  | Autor(a)                      | Resumo  |
|---|-------------------------------|---|
| Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS | GUERRA;<br>COSTA;<br>(2017)   | Este artigo apresenta uma breve análise da proposta de formação profissional da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) conferindo centralidade à: intersectorialidade, promoção da saúde, integralidade e formação continuada, enquanto categorias essenciais à efetivação do direito à saúde em sentido ampliado e, portanto, para o redirecionamento do trabalho em equipe de saúde na perspectiva de efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).                   |
| Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil.           | MONNERAT;<br>SOUZA;<br>(2011) | Neste artigo reflete-se sobre os dilemas da integração das políticas sociais no Brasil desde a inscrição da Seguridade Social na Carta Constitucional de 1988 até a tematização mais recente acerca da intersectorialidade. Constrói-se a análise, sobretudo, a partir das trajetórias das políticas de saúde e assistência social, haja vista que os legados institucionais e a história de formação dessas áreas fornecem uma base de argumentação fecunda para o estudo aqui proposto. |

|   |                  |  |
|---|------------------|--|
| Discussão sobre a gestão social: conceitos e protagonistas.       | WANDERLY (2013)  | O objetivo deste texto é discutir a concepção de gestão social como gestão de ações públicas no âmbito das políticas sociais, com base em conceitos e protagonistas. Foram destacadas, em especial, as noções de social e público, no âmbito da gestão, e elencados seus principais desafios: interdisciplinaridade, intersetorialidade e territorialização. |
| Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. | NASCIMENO (2010) | O objetivo deste artigo é refletir sobre as possibilidades e limites da intersetorialidade das políticas públicas. Foi utilizada como método de análise a pesquisa documental quando se identificou as políticas com maiores tendências à intersetorialidade.  |

Fonte: Sistematização da autora com base nos dados da pesquisa.

O artigo de Guerra e Costa (2017), utilizado em outros dois descritores da pesquisa (integralidade e trabalho), analisa que a intersetorialidade sempre foi utilizada enquanto concepção, mas sem identificar o termo propriamente dito, em nenhum documento de saúde, tanto na ata da oitava conferência de saúde quanto na lei orgânica de saúde. Segundo as autoras

“o conceito ampliado de saúde formulado pelo MRSB designa à intersetorialidade um papel de destaque para a efetivação da política de saúde, enfatizando que o enfrentamento dos problemas de saúde nos campos de promoção, proteção, prevenção e recuperação requer ações para além dos serviços de saúde, apontando a necessidade de articulação no campo da política de saúde e as demais políticas econômicas e sociais superando o modelo biomédico” (GUERRA, COSTA; 2017, p.459)

Destacam também que as ações intersetoriais são “estratégias eficazes para a melhoria dos níveis de saúde e consolidação do SUS” (2017, p. 459), tornando-se componente para uma integralidade ampliada. As autoras do artigo, que constitui também uma pesquisa de campo qualitativa, apresentam que a concepção dos residentes entrevistados, de um modo geral, é que o Serviço Social é referência no trabalho intersetorial, ou seja, demonstra “dificuldade no exercício da interdisciplinaridade” (GUERRA, COSTA, p. 462), fato que já foi apontado na discussão de intersetorialidade a partir de bibliografias em que se reduz a prática intersetorial a uma profissão, e assim responsabilizando e demonstrando uma falta de compreensão acerca da intersetorialidade enquanto uma dimensão da integralidade, reduzindo a uma ação profissional somente de Assistentes Sociais.

No artigo de Wanderley (2013) tem-se um contraponto ao conceito de intersetorialidade ser relacionado a uma profissão específica, a autora cita que deve existir um

um alerta contra o modismo da intersectorialidade. É certo que existe uma interdependência entre as políticas e que a intersectorialidade deve ser um objetivo, uma meta a ser alcançada. Entretanto, ela depende de uma concertação política entre os responsáveis pela gestão, assim, não pode ser atribuída apenas à boa vontade dos profissionais que estão envolvidos em uma ação pública. (WANDERLEY, 2013, p. 26)

Desta forma, torna-se um desafio não só para profissionais de instituições que trabalham com a saúde e seus determinantes, mas sim de uma questão macro da política, em que não haja disputas entre setores de políticas, em que haja participação da população e democracia nos espaços. Também, diante do que expressa a autora, a importância de as políticas estarem territorializadas “pois é nele que se dá a vida aos cidadãos” (WANDERLEY, 2013 p. 27). O artigo de Nascimento (2010) se assemelha em suas posições enquanto contradições e desafios de uma política intersectorial, a autora considera que

(...) há uma hierarquia de poder no âmbito das políticas públicas em que se destacam as políticas macroeconômicas. Entretanto, dentro da formulação das políticas setoriais também há divergências e interferências econômicas que trazem à tona os interesses e a forma de conduzir tal e qual política conforme os parâmetros daqueles que detêm a decisão final. Observa-se que há um grau de importância atribuída às políticas setoriais, pois atendem à conjuntura e à necessidade dos interesses em jogo, expressas no financiamento de cada uma delas. (NASCIMENTO, 2010, p.98)

Ou seja, a autora reflete sobre uma contradição entre as políticas sociais, em que pode-se citar novamente a Seguridade Social enquanto um grande avanço, mas ainda não executada da forma como prevista, como traz Monnerat e Souza (2011, p. 47) no outro artigo que expõe uma posição semelhante e que reforça o desafio de “[...] criar formas e mecanismos inovadores que favoreçam a reconstrução do sistema de Seguridade Social, buscando resgatar o sentido de integração e transversalidade presente na ideia de sistemas e redes de proteção social”.

Todos os artigos de intersectorialidade constam uma crítica quanto a execução da Seguridade Social, e no desafio de efetivar um trabalho intersectorial, visto que existe uma fragmentação entrelaçada por interesses políticos as resoluções não são imediatas diante de todo retrocesso no contexto histórico que se vive atualmente. O fato da intersectorialidade não constar como termo nas leis e portarias de saúde interfere no entendimento de saúde dos trabalhadores e na responsabilização das profissões em ações ampliadas e coletivas. Ou seja, ações intersectoriais acabam por ser associadas diretamente à profissão de Serviço Social, visto que é geralmente é o (a) assistente social quem trabalha com o contexto social dos indivíduos, articulando ações com a política de assistência social, previdência, entre outras. Na instituição Hospitalar é onde mais se nota essa dificuldade e distanciamento da intersectorialidade, visto

que na atenção básica a territorialização é uma aliada no trabalho em rede e em reuniões entre os setores de políticas sociais. Através da experiência de estágio foi visível perceber uma atuação focalizada no que tange a busca pela integralidade, sendo direcionado ao Serviço Social os encaminhamentos para fora do hospital, tanto para política de saúde quanto para outros setores - fato que será mais relatado no Item 3.2 de experiência de estágio.

Se conclui, através da pesquisa bibliográfica, importantes pontos sobre as categorias da pesquisa. Primeiramente, as produções sobre estes descritores possuem um distanciamento das instituições hospitalares, e quando relacionadas a estas, são feitas através de pesquisas de residentes e estudantes, e não de profissionais que atuam continuamente nesses serviços. Esse dado se relaciona com a realidade que pode ser evidenciada quando assistentes sociais de Hospitais ainda trabalham com práticas focalizadas, demonstrando uma fragilidade da identidade crítica da profissão nas respostas das demandas no cotidiano de trabalho. O segundo ponto é que a Integralidade é um termo usado na Lei 8.080 que vem sendo retomado por diversos teóricos e profissionais que veem uma perspectiva ampliada para a qualificação da saúde pública brasileira, entretanto essa diretriz tem sentido amplo e depende de outros fatores para que seja de fato concretizada, tais como uma mudança estrutural da política de saúde e das outras políticas públicas, a fim de garantir a a saúde como direito universal e a equidade dos serviços, a não mercantilização da saúde, o fim da disputa entre público x privado e o respeito à constituição de 1988, em que traz o SUS como prioridade.

O terceiro ponto consiste em a Integralidade articula-se com o trabalho interdisciplinar e a Intersetorialidade, circunstância que leva a constatar que a Integralidade Ampliada depende de um sistema único de saúde que de fato siga suas diretrizes, da superação da privatização em saúde e não fragmentação do ser humano em suas necessidades de saúde. Por fim, o último ponto refere-se à articulação dos conceitos de Integralidade e Intersetorialidade com a Atenção Hospitalar. Existem inúmeros desafios a serem enfrentados para que de fato se trabalhe nesta perspectiva, sendo necessário desconstruir a compreensão do Hospital enquanto topo da pirâmide de saúde, enquanto instituição hierárquica centrada no modelo biomédico e passar a considerar o mesmo como efetivamente parte da RAS, parte da produção de saúde e não somente da cura de doenças.

Por fim, os artigos se assemelham às bibliografias trazidas ante a resenha das tabelas, convergem enquanto teorias e posições, tem como tendência a análise da realidade de uma forma crítica, lembrando que “vivemos um momento marcado por mudanças impostas pelos ideários neoliberais que exigem cada vez mais o comprometimento e apoio de toda sociedade para assegurar a superação dos desafios e garantir êxito deste que é o sistema de saúde de

todos” (MENDES et al., 2011, p.343). A partir desta síntese, o próximo capítulo será tratado sobre a trajetória do Serviço Social e sua inserção na política de saúde até os tempos atuais.

### **3. O TRABALHO DA (O) ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA A INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE**

O Serviço Social na saúde passou por inúmeras mudanças desde sua origem no Brasil, sendo importante abordar a trajetória a profissão para poder contextualiza-la na atualidade. Este capítulo dispõe da história do serviço social, com ênfase na saúde, e principalmente na profissão dentro da política de saúde e do contexto hospitalar. Sendo esta trajetória trazida por produções referentes ao tema e síntese dos artigos encontrados na pesquisa. Também aborda a experiência de estágio e os limites e perspectivas a partir desta inserção.

#### **3.1 TRAJETÓRIA, FUNDAMENTOS E DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL NA SAÚDE**

A história do Serviço Social relaciona-se com as práticas ligada à Igreja Católica com um caráter de caridade, pois a criação das primeiras escolas da profissão se baseava “na perspectiva do enfrentamento e regulação da Questão Social, a partir dos anos 30, quando a intensidade e extensão das suas manifestações no cotidiano da vida social adquirem expressão política.” (YAZBEK, 2009, p.6). A partir do ano de 1940, as exigências para o Serviço Social foram relacionadas às necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil (BRAVO; MATOS, 2004), sendo a profissão cooptada pelo Estado para fins de controle da classe trabalhadora. De acordo com Yazbek (2009) as exigências para o Serviço Social citadas por Bravo e Matos são relacionadas à incorporação do Estado brasileiro às reivindicações da classe trabalhadora, abrindo um novo campo de trabalho para Assistentes Sociais nas Políticas Públicas, antes executadas somente em âmbito privado. A profissão teve seus primórdios na área hospitalar, e com o Serviço Social de Caso visava o atendimento individual e no modelo biomédico, resultando na atuação em questões somente burocráticas dentro da instituição, havendo também o novo conceito de saúde elaborado em 1948 que exigia um trabalho

multidisciplinar, enfocando os aspectos biopsicossociais (BRAVO; MATOS, 2004). As autoras trazem que “assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde” (BRAVO, MATOS, 2004 p. 3), ou seja, se trabalhava numa perspectiva de educação em saúde em seus moldes conservadores e higienistas, sempre considerando o indivíduo a principal causa da sua condição de saúde.

As autoras se referem aos anos 60 enquanto início de mudança, apontando que “esta situação começou a se modificar, surgindo um debate na profissão questionando o seu conservadorismo” (BRAVO, MATOS, 2004, p. 3), debate este que foi eliminado com a ditadura militar no país, constituindo um Serviço Social que trabalhasse de acordo com a perspectiva modernizadora, com base num entendimento que não visava a mudança de ordem sociopolítica, e sim num avanço teórico metodológico. Segundo Iamamoto (2003, p.236),

Como consequência do clima repressivo que se vivia na sociedade brasileira neste momento, os assistentes sociais se refugiaram cada vez mais em uma discussão “interna” sobre alguns elementos que supostamente conferiam um perfil peculiar (objeto, objetivo, métodos e procedimentos de intervenção, caindo nas redes do fetiche do metodologismo), sendo as construções teóricas baseadas no funcionalismo estrutural e discurso positivista.

Os anos 1970 foram marcados pela perspectiva modernizadora<sup>2</sup> da profissão, adequando o serviço social às exigências impostas pela ditadura militar, no início desta década, de acordo com as autoras

o serviço social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária - maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. (BRAVO, MATOS, 2004 p. 6)

Durante a década de 1970 a profissão ficou estagnada na perspectiva modernizadora, “sem questionar a ordem política” (BRAVO, 2009 p. 682), visto que ainda se vivia em uma época de repressão e ditadura. Durante os anos 70 foi criado o “método BH”, que segundo Bravo (2009) tinha intenção de mudança nos aspectos teóricos da profissão, com uma visão

---

<sup>2</sup> Segundo (YAZBEK, 2009, p.8) a perspectiva modernizadora foi uma “vertente caracterizada pela incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas e mais tarde sistêmicas (matriz positivista), voltadas a uma modernização conservadora e à melhoria do sistema pela mediação do desenvolvimento social e do enfrentamento da marginalidade e da pobreza na perspectiva de integração da sociedade. Os recursos para alcançar estes objetivos são buscados na modernização tecnológica e em processos e relacionamentos interpessoais.”

mais crítica e relacionada às ciências sociais, e a partir destas mudanças discretas que iniciaram nos anos 70 e com o início da abertura política, a mudança após a ditadura militar e as conferências e congressos que discutiam os rumos teóricos da profissão, ao mesmo tempo que acontecia a Reforma Sanitária, o Serviço Social entrava em uma mudança e uma disputa de pensamento hegemônico dentro da profissão. Para Bravo e Matos (2004), a década de 1980 é de extrema importância para o Serviço Social brasileiro, uma vez em que é marcado pelo fortalecimento da vertente de intenção de ruptura originada no movimento de reconceituação e uma aproximação maior com a teoria crítica marxista. As autoras citam que

“É impossível falar do Serviço Social sem se referenciar aos anos 80. Esta década é fundamental para o entendimento da profissão hoje, pois significa o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria - intenção de ruptura - e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. (BRAVO e MATOS, 2004, p.8)

Mas apesar dessa interlocução, pouco se diferenciou às práticas hospitalares da modernização, uma vez que profissionais que trabalham em hospitais já haviam passado pela universidade, dificultando a aproximação com a ruptura do conservadorismo, e que havia dois planos sobre a saúde e o trabalho exercido por assistentes sociais nesta política: projeto Privatista, com práticas focalizadas, médico-centradas, conservando uma visão positivista da realidade; e o projeto da Reforma Sanitária, em que o trabalho seria com um viés de saúde em seu novo conceito, levando em considerações os determinantes sociais e feito de uma forma interdisciplinar, com novas práticas que englobem a educação em saúde de uma forma a romper com o modelo conservador, controle social, participação da população, entre outros (BRAVO e MATOS, 2004). Iamamoto (2003) afirma este fato quando comenta a divergência entre o trabalho intelectual de cunho teórico-metodológico e o exercício da prática profissional cotidiana que se encontra a partir da reconceituação da profissão, a autora cita que “é um desafio proposto por estudantes e profissionais que indica uma defasagem entre as bases de fundamentos teórico da profissão e o trabalho de campo” e deve-se “ocupar o campo de mediações entre as bases teóricas já acumuladas e a operatividade do trabalho profissional” (IAMAMOTO, 2003, p.47), para a autora é essencial unir a profissão com o movimento da realidade concreta, levando em consideração a questão social e suas expressões.

Apesar da reconceituação da profissão ocorrer de forma mais endógena, - com ênfase para a perspectiva modernizadora, não estando relacionada com as outras lutas da época, como a Reforma Sanitária -, foi visível a aproximação de ideias e conclusões sobre a saúde e a forma como essa deveria passar a ser tratada. Isto ocorre principalmente a partir dos anos

1980, após o III CBAS (Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais), onde começou a se falar dos novos rumos da profissão e tornou-se conhecido como Congresso da Virada, dispondo de “críticas ao conservadorismo, ao capitalismo e à autocracia burguesa se desdobrando no compromisso com a classe trabalhadora e nas transformações radicais da sociedade” (CFESS, 2009, p.2). Os anos 1980 foram importantes, como já citado por Bravo (2004), e através da redemocratização, do fortalecimento dos movimentos sociais e de uma intenção de ruptura maior de assistentes sociais, “o questionamento de uma pretensa neutralidade profissional abriria espaço para a assunção da dimensão político-ideológica da profissão e seu vínculo a um projeto de classe não-dominante.” (FALCÃO, 2008, p.37). Ou seja, “a legitimação da profissão dar-se-ia a partir do compromisso com as classes populares, rompendo-se qualquer visão tecnicista e/ou assistencialista” (idem, 2008, p.37)

Nesta proposta é que se insere a vinculação do código de ética do Serviço Social e das diretrizes de saúde com a lei 8.080 do SUS, pois se assemelham no que diz respeito ao que “não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural.” (MIOTO, NOGUEIRA 2006, p. 5). Ainda com a convergência entre a Reforma Sanitária e o Código de ética do Serviço Social, os anos 90 para a profissão e para a conjuntura de políticas sociais foi contraditório, pois apesar do novo código de ética, dos princípios da constituição e de uma nova forma de entender a saúde através de uma visão ampliada, o país se encontrava em um cenário de contra reforma, em que era implementada uma política neoliberal, de privatizações, e que “confrontava com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social” (BRAVO, MATOS, 2004, p.9), e também se confrontava com o movimento da Reforma Sanitária, fato que levou ao prévio sucateamento de um sistema de saúde recém formulado.

A partir do movimento de reconceituação e em sua vertente de intenção de ruptura na década de 90, o Serviço Social construiu um projeto ético-político sustentando em valores emancipatórios, que torna-se hegemônico, e com a constituição do código de ética de 1993, se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração e dominação de classe, etnia e gênero (NETTO, 1999, p. 15). O Código de ética dispõe de princípios fundamentais para a profissão, como

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização

da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; (CFESS, 1993, p.23)

O projeto político da profissão foi pensado e embasado a partir da teoria crítica, Netto (1999) traz em seu texto três aspectos que podem ser facilitadores do trabalho de profissionais do Serviço Social, visto que o autor ressalta a facilidade em estudar as teorias marxistas quando se é pesquisador e acadêmico, portanto, discorre que:

o profissional necessita possuir uma visão global da dinâmica social concreta. Por isto, precisa conjugar o conhecimento do modo de produção capitalista com a sua participação na nossa sociedade; (...) o profissional precisa encontrar as principais mediações que circulam o problema específico com o que se ocupa com as expressões gerais assumidos pela “questão social” no Brasil; (...) ao profissional cabe apropriar-se criticamente do conhecimento existente sobre o problema específico com o qual se ocupa. É necessário dominar a bibliografia teórica, a documentação legal, a sistematização de experiências, as modalidades das intervenções (...). (NETTO, 2009, p.32)

Esta citação se relaciona diretamente com as Diretrizes Curriculares da profissão e com as suas três dimensões da competência profissional: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. De acordo com as diretrizes curriculares da ABEPSS, se ressalta como competências inerentes às dimensões ético-política e teórico-metodológica os seguintes aspectos:

Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país; Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado. (ABEPS, 1999, p.2)

A partir desse conhecimento se tem a habilidade para exercer a dimensão técnico-operativa, que abarca os instrumentos utilizados e que capacita para trabalhar em qualquer instância. A dimensão técnico-operativa do serviço social corresponde a

a forma de aparecer da profissão, pela qual é conhecida e reconhecida. Dela emana a imagem social da profissão e sua auto-imagem. Ela encontra-se carregada de representações sociais e da cultura profissional. É a dimensão que dá visibilidade social à profissão já que dela depende a resolutividade da situação, que, às vezes, é mera reprodução do instituído, e outras, constitui a dimensão do novo. (GUERRA, 2012, p.39)

Sendo que esta dimensão também pode ser “entendida como o espaço de trânsito entre o projeto profissional e a formulação de respostas inovadoras às demandas que se impõem no cotidiano dos assistentes sociais” (MIOTO e LIMA, 2009, p.36). Com a consolidação do projeto ético-político, as (os) assistentes sociais passaram a repensar a categoria trabalho com um viés crítico, sendo definido trabalho como

[...] um processo entre o homem e a natureza, é um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza [...] não se trata aqui das primeiras formas instintivas, animais, de trabalho [...] pressupomos o trabalho de uma forma em que pertence exclusivamente ao homem. (MARX, 2006, p.212)

Diante desta definição, Iamamoto (2015, p.60) classifica o trabalho como “atividade própria do ser humano, seja ela material, intelectual ou artística. É por meio do trabalho que o homem se afirma como um ser que dá respostas prático-conscientes aos seus carecimentos, às suas necessidades.” Segundo a autora é importante analisar o Serviço Social levando em consideração os elementos constituintes do processo de trabalho como algo inerente ao exercício profissional e não como algo externo. Sendo importante ressaltar que não existe um processo de trabalho do Assistente Social, e sim profissionais que se inserem em diferentes processos de trabalho nos espaços sócio-ocupacionais (IAMAMOTO, 2015).

Por isto, é importante pensar a matéria-prima ou objeto que a profissão trabalha. E no Serviço Social este objeto é a Questão Social e suas múltiplas expressões. Segundo Iamamoto (2015) o trabalho no Serviço Social tem uma objetividade que não é material, mas é social. E como definição de Questão Social, a autora explica como “[...] a gênese das desigualdades sociais, em um contexto em que acumulação de capital não rima com equidade” (IAMAMOTO, 2015, p. 67). A questão social se manifesta através de expressões, que mostram não somente todas as disparidades decorrentes do sistema capitalista, como também todo movimento de resistência. Ao trabalhar com as expressões da questão social, a (o) Assistente Social articula no trabalho as dimensões que permeiam a profissão: teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. Apesar de serem três dimensões, elas não se desassocia, pois “o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo (a) Assistente Social ao longo do seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho” (IAMAMOTO, 2015, p. 63), meios de trabalho que só se concretizam como trabalho uma vez que sejam oferecidos recursos para tal. Assistentes Sociais são consideradas (os) trabalhadoras (es) livre, que detém sua forma de trabalho especializada, que se denomina

somente como capacidade, ou seja, segundo a autora, profissionais do Serviço Social possuem uma autonomia relativa nos espaços sócio ocupacionais, pois faltam meios necessários para que o trabalho seja executado, devido a tensão entre o projeto profissional e a afirmação de um profissional dotado de teleologia e as reais condições de trabalho enquanto trabalhador(a) assalariado(a).

No que diz respeito ao trabalho na saúde foi criado o Parâmetro para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, em 2009, pelo Conselho Federal do Serviço Social (CFESS), que “pretende expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde.” (CFESS, 2009, p.12). Este documento apresenta um conjunto de compromissos que assistentes sociais devem ter ao trabalhar com a saúde, tendo entre eles a defesa da reforma sanitária, a democratização do acesso aos serviços de saúde pela população, a criação de formas de mobilização e participação social, o reconhecimento da realidade social que se trabalha e outros pontos que se mostram relevantes para o trabalho na Atenção Hospitalar, como

buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; (...) elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; (CFESS, 2009, p.30)

A partir desta citação nota-se que o Serviço Social, por ter em documento o reforço à intersetorialidade e a importância dessa forma de atendimento visando a não fragmentação da necessidade dos indivíduos, é a profissão que fica responsabilizada pelo trabalho com outras políticas, causando uma responsabilidade para a profissão, já citada no Item 2.2, ao discorrer sobre a intersetorialidade na atenção hospitalar. Apesar de ser de suma importância para a população e para o funcionamento das políticas o trabalho que vise uma comunicação, a intersetorialidade realizada por profissionais do Serviço Social consiste em uma escala micro que depende de cada instituição e das condições de trabalho de cada trabalhador(a). Leva-se em consideração que apesar dos parâmetros reforçarem o trabalho em equipe interdisciplinar, ainda se tem uma intenção de trabalho focalizada pelas instituições, que submete assistentes sociais a práticas administrativas, burocráticas e que não são sua atribuição, tais como o documento do CFESS traz

marcação de consultas e exames; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes. (CFESS, 2009, p. 46 e 47)

Demandas que contribuem para a imagem de um Serviço Social burocrático, que muito deve-se ao que já foi citado por Netto (1999) e Iamamoto (2003) sobre o distanciamento de profissionais com as novas bases teóricas e as diretrizes curriculares, a disputa entre um modelo hegemônico e uma volta do conservadorismo na profissão, a questão de instituições de saúde (e principalmente hospitais) ainda serem médico-centradas, em um modelo hierárquico de relações profissionais e a falta da educação permanente para profissionais tanto do Serviço Social quanto de outras profissões. Diante disto, conclui-se que

Problematizar o trabalho do assistente social na sociedade contemporânea supõe pensá-lo como parte alíquota do trabalho da classe trabalhadora, que vende sua força de trabalho em troca de um salário, submetido aos dilemas e constrangimentos comuns a todos os trabalhadores assalariados, o que implica ultrapassar a visão liberal que apreende a prática do assistente social a partir de uma relação dual e individual entre o profissional e os sujeitos aos quais presta serviços. (RAICHELIS, 2011, p.425 e 426)

Ou seja, vê-se necessário debater sobre o tema da saúde hospitalar e o trabalho, de efetuar pesquisas e estudos que possam integrar profissionais que já atuam, sendo capaz de realizar uma atualização para as atuais condições de trabalho que a profissão encontra e as formas de atuação com um viés de garantia de integralidade na saúde. Na pesquisa produzida para a realização deste trabalho, o descritor “Trabalho” constou com o maior número de artigos encontrados nas revistas, porém com a temática da saúde de uma forma abrangente (sem segmentar para um modelo de atenção) ou a temática que incluía Atenção Hospitalar foram selecionados somente 6 artigos, de um total de 32 artigos. A partir dos resultados da pesquisa e da seleção dos artigos, a seguir será feita uma síntese reflexiva sobre os conteúdos encontrados.

Quadro 4: Artigos sobre o descritor Trabalho do assistente social na Saúde

| <b>Título do Artigo</b> | <b>Autor(a)</b> | <b>Resumo</b>   |
|-------------------------|-----------------|---|
| Trabalho e saúde        | LOURENÇO        | Este estudo discute a relação trabalho e saúde dos e das assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde. Destaca informações quanto ao |

|   |                                 |   |
|---|---------------------------------|---|
| das Assistentes Sociais da área da saúde  | (2017)                          | perfil, evidenciando quem são esses profissionais, onde atuam, quais as principais formas de contratação, salário e alguns elementos da realização no trabalho. A metodologia adotada é a dialética histórico-crítica, subsidiada em informações coletadas por meio de questionário autoaplicáveis e da técnica de entrevista semiestruturada, de forma individual e em grupos (grupo focal), com assistentes sociais que atuam nos vários níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).   |
| Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS | GUERRA; COSTA (2016)            | Este artigo apresenta uma breve análise da proposta de formação profissional da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) conferindo centralidade à: intersectorialidade, promoção da saúde, integralidade e formação continuada, enquanto categorias essenciais à efetivação do direito à saúde em sentido ampliado e, portanto, para o redirecionamento do trabalho em equipe de saúde na perspectiva de efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).   |
| Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano                                      | FERREIRA; ARAUJO (2014)         | – O artigo apresenta uma análise qualitativa dos sentidos atribuídos à humanização no cotidiano hospitalar pelos trabalhadores da equipe multidisciplinar de um hospital público na cidade de Palmas/TO. Utilizou-se entrevista semiestruturada para a coleta dos dados. O tratamento dos dados foi feito pela análise do discurso a partir do pensamento freiriano, centrado nas categorias de humanização e desumanização, subjetividade e objetividade, subjetivismo e objetivismo.  |
| Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional                 | SILVA; BROTO (2016)             | Este artigo discutirá as contradições que abrangem o contexto de implementação do programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa propõe formação para fortalecer o SUS, que vive uma realidade de precarização do trabalho e enfraquecimento de seus princípios universalizantes.   |
| Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional                        | SANTOS; SENNA (2017)            | A Educação em Saúde é um dos principais instrumentos do trabalho profissional do assistente social no campo da saúde. Assim sendo, reveste-se das dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas que norteiam a competência profissional do assistente social que precisam ser mais bem compreendidas para a apreensão crítica da realidade profissional e para subsidiar a intervenção do Serviço Social. Este artigo traz alguns elementos para o debate em torno da Educação em Saúde como um dos instrumentos de trabalho do assistente social na área da saúde.   |
| As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional                                    | LANZA; CAMPANUCI; BALDOW (2012) | O objetivo deste estudo bibliográfico é compreender como o Serviço Social tem enfrentado o processo de revisão da formação profissional ofertada para o trabalho em saúde. Inicia pela compreensão do que vem a ser uma profissão em saúde, localizando o Serviço Social e sua vinculação com a área destacando o aspecto formativo. Dessa forma, verifica que é legítima a configuração do Serviço Social como profissão em saúde, tanto do ponto de vista conceitual como do ponto de vista prático, evidenciado pela vinculação histórica da profissão e por sua utilidade social nos serviços de saúde. Ainda, aponta para os desafios da atuação profissional no contexto conflituoso da política de saúde brasileira e suas implicações na formação profissional. |

Fonte: Sistematização da autora com base nos dados da pesquisa.

O primeiro dado que se tem no recorte da pesquisa, é de que os seis artigos que discorrem sobre a questão do trabalho de Assistentes Sociais na saúde não abordam diretamente o trabalho na Atenção Hospitalar, são artigos que falam de uma forma mais ampla sobre alguns aspectos: humanização em saúde, educação em saúde, residência multiprofissional e o trabalho na área da saúde. Dos seis artigos, quatro debatem o surgimento da profissão do Serviço Social, principalmente no que tange a saúde. O artigo de Lanza et al., (2012) traz o histórico da profissão na saúde, bem como foi escrito neste Item, citando a inserção e requisição de profissionais na saúde desde os anos 1945 a partir da demanda do trabalho multidisciplinar. As autoras citam Bravo (1996 p.13) se referindo à política de saúde como “um dos setores mais significativos na atuação do Serviço Social, tendo concentrado historicamente um grande quantitativo de profissionais, situação que permanece até os dias correntes”, fato que é mostrado no artigo de Lourenço (2017) em sua pesquisa sobre o perfil de Assistentes Sociais na saúde. A autora apresenta que de 291 entrevistadas, 43,30% trabalham na atenção terciária da saúde, ou seja, na Atenção Hospitalar; 24,5% trabalham em outros serviços que não participam da hierarquização do SUS, como comunidades terapêuticas, ouvidorias, centros de reabilitação, vigilância, entre outros; 17% em atenção especializada (CAPS, NASF) e somente 5% em atenção básica. (LOURENÇO, 2017, p. 362). Esta pesquisa encontrada no artigo de Lourenço (2017) revela o distanciamento de profissionais da Atenção Hospitalar com a possibilidade de aprofundamento teórico da profissão e da área da saúde, pois o número de artigos sobre atenção básica encontrados na pesquisa feita para este TCC é significativamente maior que sobre a atenção terciária (ou alta e média complexidade), sendo 11 artigos específicos sobre atenção básica, um sobre atenção hospitalar e três sobre determinadas formas de trabalho de assistentes sociais em hospitais (humanização, residência, pesquisas de estudantes).

Sobre o trabalho na saúde, um dos artigos discorre que “[...] é preciso esclarecer que o fato dos profissionais de saúde serem obrigatoriamente especializados não isenta o setor da subalternização de determinadas profissões e do cerceamento da autonomia desses profissionais em relação ao próprio trabalho” (LANZA et al., 2012, p. 213), fato que pode se relacionar com a aproximação ainda de uma prática burocrática e focalizada nos hospitais, em que o controle social e a educação em saúde não sejam postos em práticas por assistentes sociais, associando-se também ao que as autoras citam de semelhante ao Item deste trabalho que se refere ao distanciamento de profissionais dentro de hospitais com a ruptura da profissão com o conservadorismo e a aproximação com o projeto ético-político e com o

distanciamento da luta pela reforma sanitária. Já o artigo de Silva e Brotto (2016) revelam a importância da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) para uma especialização e formação pautada na integralidade, vistas lacunas encontradas nas IES, pois “[...] diante da exposição relacionada à direção ético-política e teórico-metodológica assumida pelo Serviço Social, temos a pressuposição de que o assistente social, ao inserir-se na residência em saúde, tem grande potencial de contribuição crítica” (SILVA, BROTTTO, 2016, p. 142). Ou seja, a RMS tornou-se uma possibilidade para uma formação crítica e que vise as atribuições do SUS, e que realizada através de um trabalho interdisciplinar possa ser um caminho para reforçar a saúde em seu modo ampliado, e garantir que seja feito um trabalho pretendendo alcançar a integralidade dos sujeitos. Porém, neste artigo também se encontram as contradições das RMS, ao mesmo tempo sendo uma pós-graduação com possibilidade de qualificação, também tem uma densa carga horária e uma bolsa com valor pequeno para 60h semanais, fato que o outro artigo que trata sobre trabalho (e tratou sobre intersectorialidade e integralidade no Item 2.2) também aborda. As autoras Guerra e Costa (2017, p. 463) apresentam que das 60 horas semanais, 12h são de fundamentos teóricos “comprometendo a formação, haja visto que não há tempo para refletir essa prática e fazer profissional”, concluindo que apesar de ser uma forma de ampliar a visão sobre o trabalho em equipe e a importância da interdisciplinaridade, a RMS também é uma grande contradição devido condições de trabalho exigidas para os residentes.

Ao que se refere com o trabalho de Assistentes Sociais na saúde sem enfatizar em algum modo de atenção, o artigo de Santos e Senna (2017) apresenta a educação em saúde como uma das principais estratégias das (os) Assistentes Sociais na saúde, sendo

“o trabalho profissional do assistente social no que tange à educação em saúde, entendendo-o enquanto um profissional da saúde que atua nas relações sociais entre os sujeitos e no seu cotidiano, através de uma ação socioeducativa que objetiva desenvolver educação permanente em saúde, a fim de socializar e democratizar informações” (SANTOS, SENNA, 2017 p. 445)

Referem que a educação em saúde está conectada com os pressupostos teórico-metodológicos e ético-políticos, para que não se torne um trabalho excludente e enquadrado, sendo a possibilidade de “contribuir nas mediações e contradições que surgem no cotidiano dos espaços sócio institucionais” (SANTOS e SENNA, 2017, p.445)”, é destacado que a educação em saúde não faz parte mais de uma visão higienista e antiga da profissão, e sim de uma forma de emancipação da população por meio da viabilização de seus direitos, ou seja, a educação em saúde não é somente sobre a falta de doença, e sim direito sobre todos os

aspectos sociais. A educação em saúde, as atividades de promoção e prevenção em saúde nos ambientes hospitalares podem se relacionar com a concepção de Humanização trazida pelo artigo de Ferreira e Araújo (2014), em que as autoras definem que

a humanização na saúde implica mudança na gestão dos sistemas de saúde, e isso terá efeitos nos serviços. Um de seus principais objetivos é melhorar o atendimento aos usuários e garantir melhores condições de trabalho para os trabalhadores. Nesse sentido, humanizar a saúde também significa profunda mudança de atitude dos indivíduos. Essas mudanças, por sua vez, serão criadoras de novos profissionais, e estes, por seu turno, mais capacitados a aprimorar o sistema de saúde para que se inaugurem novos modos de fazer e de sentir. (FERREIRA, ARAÚJO, 2014 p.202)

Ou seja, nesta citação as autoras não utilizam da humanização como um viés de responsabilização dos trabalhadores de saúde e sim que se necessita de formação em saúde mais humana, que seja menos biologicista e que abranja mais os aspectos sociais. Em relação ao Serviço Social é necessária uma formação de caráter crítico, visando as contradições da sociedade e não desassociando as três dimensões da profissão, pois “[...] sem essa contextualização e base teórico metodológica, tem-se uma visão a-histórica e focalista volta-se ao positivismo” (LANZA et al., 201, p. 218).

De um modo geral, os artigos debateram o trabalho de assistentes sociais na saúde, pesquisas feitas com profissionais e as formas de como trabalhar a saúde a partir da reforma sanitária e do SUS. Nenhum artigo tratou sobre o trabalho dentro da Atenção Hospitalar (a não ser a pesquisa com residentes, que foi dentro de um hospital, mas ainda sem abordar a Atenção Hospitalar). Diante de toda produção apresentada e argumentos sobre a lacuna entre as atenções básica, média e alta complexidade, nota-se que a falta de produção afeta no trabalho de profissionais dentro de um espaço de trabalho, pois se torna algo sem associação entre teoria e prática, totalizando em um trabalho burocrático e sem uma autonomia. A relação público x privado, a forma de ingresso nas instituições, a relação de poder existente também são fatos concretos deste afastamento e também são trazidos pelos artigos, quando a autora mostra dados que constata “[...] os serviços de saúde vêm sendo transferidos para a gestão privada e isso cria uma fragmentação muito grande entre os trabalhadores e trabalhadoras, que têm condições contratuais, salariais e jornadas diferentes, o que afeta as suas condições de trabalho” (LOURENÇO, 2017, p. 377). Ou seja, atualmente a política de saúde em uma visão macro sofre graves consequências das privatizações e dos retrocessos ocorridos a partir desta conjuntura política, sendo a classe trabalhadora prejudicada e a população usuária da saúde também.

Conclui-se, a partir dos estudos revisados da pesquisa, que tanto o projeto ético-político do Serviço Social quanto os princípios e diretrizes do SUS são uma resistência dentro do modelo de contrarreforma e defendem a saúde como universal e de direito. E que a educação em saúde, a intersetorialidade, o trabalho interdisciplinar são formas significativas de um trabalho que vise a integralidade da população atendida, ou seja “viabilizar à população o acesso não só a todos os níveis de complexidade do SUS, mas a todas políticas e serviços sociais que o cidadão brasileiro tem direito” (LANZA et al., 2012, p. 217). Porém ao mesmo tempo que se vê fundamental um trabalho de rede para a integralidade, é necessário que os diferentes níveis do mesmo setor de política se comuniquem, ou seja, que dentro do sistema de saúde, entre a atenção básica, a média e alta complexidade, haja uma conexão e não uma fragmentação e responsabilização somente de um nível de atenção. Diante destas conclusões, no item a seguir será abordada a experiência de estágio, em que foi feita uma análise do espaço sócio ocupacional e um projeto de intervenção que visava a comunicação e o trabalho feito desde os diferentes níveis de atenção do SUS às diferentes políticas sociais, visto que a portaria da Atenção Hospitalar afirma o trabalho de forma articulada, mas não retrata necessariamente a realidade dos hospitais de alta complexidade atualmente.

### 3.2 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR EM SAÚDE

Durante o ano de 2016 e o primeiro semestre de 2017 foi realizado estágio curricular no Hospital Cristo Redentor, e este processo foi composto por três etapas: análise sócio institucional, criação do projeto de intervenção e execução do projeto e avaliação. O projeto de intervenção resultou na pesquisa bibliográfica acerca das categorias aprofundadas problematizando como o trabalho da (o) assistente social, a intersetorialidade como forma de trabalho na atenção hospitalar e a integralidade, como garantia de saúde em sua forma ampliada. Este Item discorrerá sobre a inserção na instituição e o processo de estágio, começando pela contextualização do hospital, trabalho das Assistentes Sociais, projeto de intervenção e avaliação do projeto.

O Hospital Cristo Redentor (HCR) faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) que abrange outros hospitais, tais como Hospital Conceição, Hospital da Criança, Hospital Fêmeina, UPA, 12 postos de saúde comunitária, três CAPS e um Centro de Educação e Tecnologia e Pesquisa em Saúde (Escola do GHC). O GHC é vinculado ao Ministério da Saúde, surgiu em 1975 e atualmente é o maior complexo hospitalar da região Sul do país, a partir de 2003 assumiu uma gestão pública exclusiva de Sistema Único de Saúde (SUS) e atualmente continua com seu modelo 100% SUS. O Hospital Cristo Redentor, com a grande industrialização da zona norte e da região da grande Porto Alegre, se voltou ao atendimento para trabalhadores (as), na década de 60 a participação das freiras Scalabrinas foi importante para o processo administrativo, e na década de 70, a fase de construção da instituição foi interrompida pelo período de ditadura militar que viveu o país, e o hospital foi tirado de seu fundador, Jahyr Boeira Almeida, para que militares assumissem seu lugar. (BRASIL, 2007). Nos anos 80 durante o período de redemocratização e abertura política houve uma mudança significativa e uma ascensão de movimentos sociais e sindicais lutando pelos seus direitos trabalhistas, diante disso eclodiram greves no Brasil inteiro e também no Hospital Cristo Redentor, que gerou uma massa de demissões e opressões (BRASIL, 2007).

O HCR atualmente atende usuários (as) que utilizam do SUS e que precisam de atendimentos com traumatologia, queimaduras e neurologia. Também atende no setor de emergência e reabilitação, sendo referência no atendimento em pessoas acidentadas, disponibiliza de 264 leitos, com grupos de profissionais por unidade e o ingresso de funcionários (as) é via concurso público. É importante ressaltar o caráter 100% SUS do hospital e a importância disto dentro da política de saúde, visto disputa de projetos e avanço da privatização na saúde, já discutida anteriormente.

O Serviço Social no Hospital Cristo Redentor foi implantado em 1977 e o atendimento era apenas aos usuários (as) das unidades de internação e funcionários (as), as primeiras assistentes sociais ingressaram por meio de contratação, quando o hospital ainda era privado, o atendimento de emergência e ambulatório foi contemplado um tempo depois, quando se viu a necessidade de assistente social devido à demanda apresentada. Com a implementação dos princípios e diretrizes do SUS que dizem respeito ao acesso universal à saúde e as novas formas de cuidado conectado ao conceito de saúde ampliada, o atendimento passou a ser composto por uma equipe e a inclusão de novos profissionais de diferentes áreas, como psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, médica clínica, nutrição, entre outros. Assim como a implementação do SUS modificou a forma de trabalho na instituição, a profissão também teve suas mudanças internas, adequadas ao projeto de reforma sanitária,

pois “os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980” (CFESS, 2009 p.27). Atualmente o Serviço Social conta uma equipe de assistentes sociais, que são distribuídas por unidades e horários, tem uma coordenação que visa a revisão de normas, rotinas e fluxos internos, e tem reuniões semanais para discussões administrativas, as unidades atendidas pelas assistentes sociais são: Emergência, UTI (Unidade de tratamento intensivo), Sala de Recuperação, Neurocirurgia, Traumatologia/Ortopedia, Pediatria, Queimados, Cirurgias Especializadas, Ambulatório e Reabilitação. Todas pessoas que internam são atendidas pelo Serviço Social, pois é feita uma entrevista inicial, em que ocorre o acolhimento da pessoa, cuidador(a) ou família, a escuta e o acesso à informação do(a) usuário(a) atendido. Tendo como objeto de trabalho a questão social e suas expressões, na instituição hospitalar elas se expressam em relação à criança e adolescente em situação de violência, mulher em situação de violência, pessoas em situação de rua, violência à pessoa idosa, pessoas desaparecidas, entre outras. Quando se identifica alguma dessas situações, o atendimento segue continuado, que pode ser feito através dos dias de internação ao atendimento ambulatorial pós internação e comunicação com a rede territorial em que a pessoa pertence. Segundo (CFESS, 2009, p.30) se destaca como importante no trabalho na saúde a (o) assistente social “conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença”, ou seja, a entrevista inicial e o acolhimento feito durante o\os atendimentos é evidente como uma forma de conhecer a realidade a partir disto desenvolver um trabalho. Portanto, é necessário que o serviço social não seja somente uma profissão que trabalhe com demandas requeridas por outros profissionais, e sim com a busca ativa e a atitude investigativa dentro da instituição e com autonomia diante das demandas.

No Hospital Cristo Redentor existem atribuições de trabalho às assistentes sociais, quais estão escritos em um documento pertencente às profissionais, ou seja, que as mesmas determinam como atribuições, e que incluem: a entrevista inicial; o atendimento continuado; a localização de familiares/responsáveis, transferências, relatório/estudo social/laudo social; Dentro destas atribuições, há os recursos internos e externos, que são: agendamento de transporte para alta (porto alegre e outros municípios), cartão assistencial (liberação de usuário e processo de compra de cartões assistenciais), confecção de documentos, doações de roupas e calçados, fraldas geriátricas fornecidas pelo estado, jurídico, interdição e procuração, medicação, previdência social, auxílio-doença, BPC, comunicação de acidente do trabalho, FGTS, revisão de aposentados e seguro DPVAT. Existem normas institucionais, e o Serviço Social se insere em algumas, como: prontuário eletrônico, boletim de atendimento, planilha de

atendimento ao serviço de arquivo médico e estatística (SAME), ligações telefônicas e impressão diária de listagem de pacientes internados. Nesta parte, é fundamental ressaltar os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde e alguns equívocos relacionados à atribuições e normas da instituição, que não são consideradas como atribuições pois “possuem um caráter eminentemente técnico-administrativo, como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais” (CFESS, 2009, p.47). Também segundo este documento, devem-se às “dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho” (CFESS, 2009, p.47), sendo assim, é evidente a importância de discutir a temática e entender os significados da profissão dentro dos espaços sócio-ocupacionais.

Para trabalhar nas Unidades dentro do hospital deve-se levar em consideração a saúde “enquanto um processo social - enquanto parte da relação do homem com a natureza (meio ambiente, espaço onde vive e território), e, ainda, das relações com outros homens (através do trabalho, das relações sociais, culturais e políticas” (SANTOS et al., p.125), ou seja, compreender os determinantes sociais que levaram à circunstância da internação. A inserção do estágio curricular foi feita nas unidades de Pediatria e Queimados. A unidade de Queimados atende desde criança a adultos, tem doze leitos e é atendida por uma equipe multidisciplinar que inclui: uma Médica Cirurgia Plástica, Terapeuta Ocupacional, Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Nutrição, Assistente Social, Medicina Pediatria, Psicologia e Auxiliar Administrativo. O trabalho da Assistente Social nesta unidade é primeiramente uma entrevista inicial e através dela identificadas possíveis demandas, principalmente relacionadas à causa da lesão, na maioria das vezes identificadas violências como tentativa de homicídio ou “negligência” com criança (metade da internação de queimados ocorre com crianças de até 12 anos). A Pediatria possui doze leitos, e atende crianças de 0 a 12 anos por diferentes especialidades médicas: neurocirurgia, traumatologia/ortopedia, cirurgia geral, cirurgia plástica, buco maxilo-facial, proveniente da emergência, do ambulatório e UTIS, mediante a permanência em turno integral de pai, mãe ou outro familiar responsável. A equipe é multidisciplinar, contendo profissionais das áreas de: enfermagem (e técnico de enfermagem), medicina, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional e serviço social, sendo somente profissionais da enfermagem e técnico de enfermagem permanecem em turno integral, os demais atendem durante seu horário e provavelmente dividindo o tempo com outro setor do hospital. O trabalho da (o) Assistente

Social é associado a uma entrevista inicial e um acompanhamento caso identifique demandas, sendo estas relacionadas à vulnerabilidade social, violência, acidentes ou qualquer situação de “negligência” com a criança.

As negligências identificadas pela equipe normalmente são transformadas em notificações de violência, e encaminhamento ao Conselho Tutelar. Porém uma vez que enviadas e após alta da criança/adolescente, em muitos casos se perde um acompanhamento ou não se tem mais informações sobre aquela família. Ainda não está instituído um fluxo de trabalho ambulatorial em que o Serviço Social possa ver o retorno de seu trabalho, e ver se a notificação ou o encaminhamento para a rede foram de fato efetivos para garantia de algum direito violado da família ou criança/adolescente em questão. É importante saber que o Serviço Social não está encarregado de acompanhar por um tempo indeterminado ou de executar além de sua carga de trabalho, e sim poder contribuir que a saúde em seu conceito amplo seja garantia, e que a pessoa atendida não seja associada somente ao seu problema traumatológico. Importante destacar que o termo negligência é utilizado na instituição para evidenciar as demandas que são vistas nas entrevistas e intervenções, porém no entendimento da palavra negligência enquanto visão crítica se tem uma percepção que muitas vezes são “situações são entendidas (...) sem qualquer recorrência à totalidade desses sujeitos, desconsiderando sua concreta inserção em uma sociedade que é real e se configura de maneira objetiva, com rebatimentos objetivos” (BARBERIAN, 2015, p.50), ou seja, para o projeto de intervenção utilizou-se outra linguagem que não associasse as expressões da questão social com um moralismo profissional que responsabilize as famílias pela sua situação social. Barroco (2011), ao problematizar a moralização na atualidade, traz como exemplo “a ideologia neoliberal — veiculada pela mídia, em certos meios de comunicação como o rádio, a TV, a internet e revistas de grande circulação — falseia a história, naturaliza a desigualdade, moraliza a “questão social” (BARROCO, 2011, p.211), assim sendo, também é reproduzida por profissionais que se inserem em diferentes espaços de trabalho, incluindo a área da saúde.

O Projeto de Intervenção foi construído ao longo da inserção no campo de estágio e com base no conhecimento da realidade do trabalho do Serviço Social no HCR, assim como a partir da compreensão das expressões da questão social vivenciadas pelos sujeitos usuários desta instituição. Nessa direção, “para ter o controle de suas ações e previsão de suas influências nos processos sociais, faz-se imprescindível que o profissional tenha maior conhecimento acerca da matéria-prima ou objeto de seu trabalho, que consiste na questão social” (RIBEIRO, 2008, p.94). Aos poucos e diante dos questionamentos que surgiam foi definindo que o direito de acompanhamento pelo Serviço Social do HCR durante a internação

e após a alta de Crianças e Adolescentes usuárias da saúde na Alta Complexidade é fundamental para que se trabalhe na perspectiva da integralidade dos sujeitos. O projeto de intervenção, denominado “A Integralidade dos Sujeitos de Direitos no acompanhamento Hospitalar: uma proposta de intervenção do Serviço Social”, foi realizado com o objetivo de acompanhar as famílias de crianças internadas na pediatria ou queimados com a internação de acionar a sua rede de proteção, visando a integralidade em saúde destes. O objeto deste projeto foi o direito de acompanhamento durante a internação e após a alta de Crianças e Adolescentes usuárias da saúde na Alta Complexidade. Apresentou como objetivos específicos a socialização da proposta de intervenção junto às Assistentes Sociais da equipe, visando a criação de um fluxo de acompanhamento ambulatorial no Serviço Social destes usuários, identificação das famílias para acompanhamento (máximo cinco) e o acompanhamento das famílias envolvidas no projeto monitorando o processo de capacidade da rede de proteção, com dois atendimentos ambulatoriais após a alta da internação. Dentre os objetivos específicos, as metas foram a participação em reuniões de equipe, a realização do mapeamento de serviços dos territórios trabalhados e um estudo de caso junto à equipe multiprofissional das unidades. As famílias foram escolhidas para o projeto devido necessidade de notificação de violência evidenciada pela equipe de atendimento.

A metodologia consistiu em quatro fases. Na fase um foi feita, em reunião de equipe, a socialização do projeto de intervenção junto as assistentes sociais do HCR. Como retorno, foi feita uma reflexão por uma profissional sobre a importância de um atendimento continuado, pois uma estagiária que já havia passado pelo serviço também criou um projeto com o mesmo objetivo, as outras profissionais debateram que, apesar de importante, este não era o momento de criar mais demandas para a equipe. A escolha das famílias para o projeto perpassou as quatro fases da metodologia.

A fase dois consistiu no acompanhamento feito durante a internação, e também durante a alta, articulando o trabalho com a Rede em que a criança e família acessou. Nas cinco famílias acompanhadas, o projeto visava criar um mapeamento de proteção social do território de referência, porém como alguns atendimentos ambulatoriais não foram realizados, sendo o retorno somente por contato com instituições, nem todas famílias tiveram acesso ao documento do mapeamento. Também por falta de um conhecimento como estagiária de todos territórios atendidos, foi difícil encontrar todos os serviços possíveis.

A terceira fase visava uma visita à Vigilância em saúde, que não foi realizada, pois durante o segundo semestre de estágio ocorreu uma visita técnica na Vigilância junto às assistentes sociais e no início do terceiro semestre de estágio uma capacitação sobre as

notificações de violência. No lugar desta visita, ocorreram algumas visitas institucionais em outros locais da rede, tais como: Hospital Pronto Socorro e Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) do Hospital Conceição. Estas visitas foram importantes ao que diz respeito à lacuna da fase dois da metodologia citada acima, que relaciona a falta de conhecimento em relação aos territórios com a dificuldade de criar um mapeamento. É necessário conhecer a rede e estar nos territórios, segundo (CFESS, 2009, p.45) uma das principais ações de assistentes sociais é “conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social”. A terceira fase do projeto também incluía o atendimento em retorno ambulatorial das famílias feitos geralmente em no máximo 30 dias da alta hospitalar (datas normalmente marcadas de acordo com consultas médicas de volta). Alguns retornos foram feitos em uma semana, alguns em 15 dias, mas nenhum atendimento foi feito mais de uma vez, apontando que, uma vez que o fluxo de atendimento ambulatorial não está estabelecido, não é tão fácil executá-lo conforme planejado.

Diante disto, este projeto foi desenvolvido considerando as dimensões que sustentam o trabalho profissional quais sejam: a teórico-metodológica, a ética-política e a técnico-operativa. Apesar de cada uma ter um significado, estas três dimensões atuam de uma forma conjunta desde a análise sócio institucional, à criação do projeto e a execução e avaliação do mesmo. A dimensão ético-político dentro de uma atuação hospitalar é posicionar-se a favor da liberdade de cada indivíduo, respeitando sua história e seu contexto social e opondo-se a qualquer prática de conservadorismo, ou seja, a postura profissional deverá estar comprometida com a classe trabalhadora. É fundamental o conhecimento sobre o código de ética e sobre a política social em que o estágio se insere, e o posicionamento crítico sobre a realidade vista em atuação. No âmbito do estágio curricular, a direção ético-política é o comprometimento com a reforma sanitária e a defesa do SUS, a efetivação dos direitos e integralidade das crianças e adolescentes internadas na Unidade de Pediatria, levando em consideração a saúde como um direito social.

A dimensão teórico-metodológica, segundo (LEWGOY; CARLOS 2014) é a

capacidade de leitura, análise e problematização da realidade e das expressões da questão social tendo como referência o materialismo histórico-dialético; análise da política social específica que orienta os serviços na organização; mediação teórico-prática; apropriação dos fundamentos históricos teóricos metodológicos do Serviço Social. (LEWGOY; CARLOS, 2014 pg. 78)

No processo de estágio estudar a política de saúde foi fundamental, assim como as redes intersetoriais, a integralidade na concepção em saúde, os direitos das crianças e adolescente, entre outras temáticas que foram próximas ao longo da experiência de estágio. A política de saúde faz parte do tripé da Seguridade Social, junto com a Previdência Social e Assistência Social, que através da Constituição de 1988 estabeleceram como direito social. Ou seja, foi afirmada como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Tanto o SUS quanto o ECA prezam a igualdade universal diante dos direitos de todo indivíduo, como o SUS engloba pessoas independentes de sua faixa etária, o ECA que prevê diretrizes em que a saúde da criança e do adolescente seja priorizada, no que diz respeito a ser “assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do SUS, observando o princípio de equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em saúde” (BRASIL, 2016).

Durante o andamento do projeto e as articulações feitas para que as famílias tenham acesso aos seus direitos, e principalmente, saibam que o são os direitos, foi perceptível ver as formas de construção de rede de proteção que cada território dispõe. Para Pereira (2015, p. 19)

“entende-se a importância da compreensão de que o território, que também deve ser visto como espaço de construção de identidade social e que vai muito além do próprio espaço geográfico. Associa-se, então, território como também algo que não se pode remeter-se somente ao abstrato, mas também às implicações no cotidiano concreto. (...) Logo, os territórios são espaços de vida, de relações, de trocas, de construção e desconstrução de vínculos cotidianos, de disputas, contradições e conflitos, de expectativas e de sonhos, que revelam os significados atribuídos aos diferentes sujeitos. É também o terreno das políticas públicas, onde se concretizam as manifestações da questão social e se criam os tensionamentos e as possibilidades para seu enfrentamento.

Compreender o território para além de uma visão simplista valoriza o entendimento sobre o trabalho em rede e em como ele pôde ser realizado em uma instituição hospitalar. Para poder executar o projeto, foi necessário um estudo e aprofundamento sobre o significado de Rede de Proteção à crianças e adolescentes. Segundo o Art. 86 do ECA “a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios” (BRASIL, 1990). Ou seja, o artigo da legislação traz a noção de rede intersetorial, que também pode ser definida como “a forma de organização baseada na

cooperação, na conectividade e na divisão de responsabilidades e competências” (MOTTI e SANTOS, 2011, p .4). As legislações que dispõem sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, tanto quanto sobre o Sistema Único de Saúde, foram as principais estudadas para embasamento deste trabalho, visto que o estágio foi realizado em um hospital do SUS e na área da Pediatria. Segundo o Art. 4º do ECA (1990)

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990)

O artigo 88 traz como diretrizes da política de atendimento a “formação profissional com abrangência dos diversos direitos da criança e do adolescente que favoreça a intersetorialidade no atendimento da criança e do adolescente e seu desenvolvimento integral” (BRASIL, 1990), por estes fragmentos retirados do Estatuto da Criança e do Adolescente nota-se a Rede de Proteção como a família, comunidade, sociedade civil e órgãos públicos, e em como o trabalho em rede intersetorial é relevante para a integralidade do atendimento de necessidades.

No período de acompanhamento das famílias, foi feito contato com diversos órgãos da rede de proteção, mas principalmente com Conselhos Tutelares, Centros de Referência de Assistência Social e Postos de Saúde. Em cada caso e em cada território atendido notou-se uma diferença visível sobre a forma de trabalhar em rede pelos profissionais envolvidos. Referente à precarização das políticas ou às situações de extrema vulnerabilidade social e violência das regiões, os serviços não necessariamente correspondiam com uma rede de atendimento que garantisse os direitos sociais de toda população. Segundo Yazbek (2010, p.25) a intersetorialidade prevê a “[...] articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à Proteção Social”. Das cinco famílias atendidas, parcialmente ocorreu um trabalho intersetorial, visto que enquanto instituição não ocorreu muita participação em reuniões e discussões de caso de equipe. Foram feitas duas reuniões de rede nos territórios em que o serviço social do hospital levou a visão de interação sobre as famílias atendidas, o que também garantiu uma forma de atendimento em integralidade, uma vez que fora da instituição estão os outros setores responsáveis pela saúde em seu modo amplo, descrita pela Lei do SUS no Art.3º como “ações que (...) se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.” (BRASIL, 1990).

Considerando a importância de compreender a dinâmica do trabalho da assistente social com as famílias, foi feito um estudo sobre o trabalho em rede, e em como ele seria realizado durante o projeto de intervenção. Sobre a concepção de rede Castells, Gonçalves e Guará (1998, p. 10) trazem que é “um conjunto de nós conectados, e cada nó, um ponto onde a curva se intercepta. Por definição, uma rede não tem centro, e ainda que alguns nós possa ser mais importantes que outros todos dependem dos demais na medida em que estão na rede”. Ou seja, o trabalho em rede é o fruto de um trabalho intersetorial, no qual haja uma conexão entre as políticas sociais e determinantes de saúde, como assistência, habitação, lazer, entre outros. Na atuação profissional dentro do Hospital Cristo Redentor, o trabalho com a rede é visto como forma de promover a integralidade em saúde dos sujeitos atendidos, visto que a demanda que chega não é a totalidade dos fatos, e sim uma circunstância causada pelos determinantes sociais em saúde. Somente em uma atuação em que haja interação profissional de vários setores é que se pode pensar em um atendimento que de fato vise a integralidade desses sujeitos.

O técnico-operativo, dimensão que é aprofundada no estágio curricular III, não deve ser desassociada das outras duas dimensões, visto que se completam na prática profissional. Trindade (2001, p. 1) expressa essa dimensão como “parte da intervenção do Serviço Social nas relações sociais, e não como um arsenal de instrumentos e técnicas aplicáveis de forma padronizada”, por isso é importante que, além dos instrumentos que a instituição fornece, a assistente social possa atuar de acordo com sua visão de realidade enquanto crítica, e que dessas ferramentas possa viabilizar os direitos sociais dos sujeitos e, no caso de um trabalho em hospital, garantir que a saúde possa ser um direito acessível.

Com cunho avaliativo em relação ao projeto, os atendimentos ambulatoriais foram realizados parcialmente, uma vez que nem todas crianças retornaram duas vezes ao ambulatório, seja por alta permanente do hospital, ou por evasão. A evasão é considerada quando a família ou cuidador(a) responsável pela criança não retorna aos atendimentos, diante disto, dentro do projeto, foram feitos contatos com a família e com a rede para que as pessoas estejam cientes da importância do retorno ambulatorial. Sem o Serviço Social em um fluxo ambulatorial, esta evasão passava despercebida nas unidades de atuação no estágio, visto que outros profissionais não utilizavam desta ferramenta de busca. Alguns atendimentos ambulatoriais foram realizados em horários indisponíveis do estágio, ou ainda com algum imprevisto da realização do atendimento pela estagiária. Houve caso em que o retorno não ocorreu por motivos mais complexos, como por exemplo, uma criança que estava em situação de acolhimento, e a instituição ainda estava conhecendo a realidade e a história dela. Neste

caso, foi feito contato com o acolhimento institucional, remarcada consulta no Hospital, e informado. Outro caso ocorreu de a criança voltar uma vez, mas o contato com a rede naquele momento ser totalmente falho. Neste caso, o segundo atendido, notou-se uma falta de garantia de atendimento integral, uma vez que não foi efetivada a busca pela rede de proteção. É necessário fazer uma autocrítica enquanto estagiária, mas também poder ver como a falta de recursos da instituição de estágio (como dificuldade de usar o telefone, não existir reuniões formais de equipe e não ter o fluxo de atendimento em ambulatório) pode ser um grande entrave para uma execução totalmente efetiva do projeto de intervenção.

A inserção das famílias em programas e políticas sociais de seu território também foi parcialmente efetivo, uma vez que algumas famílias já mantinham vínculo. Em algumas famílias, junto com a equipe de psicologia e com a rede, houve encaminhamentos para novos serviços, devido demandas identificadas no hospital, principalmente quando relacionadas a questões de saúde mental. Todas famílias atendidas acessavam o programa Bolsa Família, mas nem todas tinham vínculo com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Serviço de Atendimento à Família (SAF) da região. Em todos os casos foi feito contato com o Serviço Social ou Psicologia e enviado um relatório social. Alguns serviços quando contatados, relataram não trabalharem com busca ativa, e sim com demanda espontânea, fato que nos mostra como o sucateamento da política de assistência social está enfraquecendo os serviços enquanto fortalecedor de vínculos, e não somente uma instituição de medidas imediatas por busca espontânea.

Diante do exposto, evidencia-se a importância da intersetorialidade no trabalho entre a política de saúde e a política de assistência, pois após ser concebida como direito na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, 1993) “a assistência social inicia seu trânsito para um campo novo: o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal” (MDS, 2005, p.32). A mesma é dividida entre duas formas de proteção: Proteção Social, destinada à população em vulnerabilidade social ou vínculos fragilizados; e Básica e Proteção Social Especial, que é destinada à população com algum risco pessoal ou social. (MDS, 2005). Nos casos atendidos, houve uma grande contribuição enquanto política de assistência social para a garantia de atendimento integral, ou seja, afirmando que os determinantes sociais de saúde envolvem todos aspectos da vida, e não somente a doença ou a ausência da mesma.

Diante do processo de aprendizagem no estágio curricular e perpassando as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, a avaliação foi uma ferramenta para conseguir observar a dinâmica de trabalho da assistente social, em como o trabalho em um

hospital de alta complexidade não se faz isolado, e que necessita-se de uma rede de profissionais de outros setores ou intrasetores que estejam comprometidos em garantir a integralidade da criança atendida. A seguir serão apresentadas as situações atendidas e a intervenção possível feita através do projeto.

Quadro 5: Síntese do Projeto de Intervenção

| Caracterização das situações atendidas  | Ação através do Projeto de Intervenção  | Síntese Reflexiva   |
|---|---|---|
| <p>1) Unidade de Pediatria:<br/>Criança com 5 anos<br/>Família cuidadora durante a internação: Mãe, Pai e tios.</p> <p>Atendimento de entrevista inicial.<br/>Internação por trauma em queda.<br/>Histórico de atendimento em saúde mental e acompanhamento no SAF da região.</p> | <p>Foi feito um acompanhamento durante a internação com o serviço social e psicologia trabalhando de forma interdisciplinar, ocasionando em contato com a rede e reunião no território em que a família mora, com Conselho Tutelar, SAF, SMED e Escola. Foi feito um atendimento ambulatorial após a alta pelo estagiário de psicologia e estagiária de serviço social, e atendimento com o médico pediatra e traumatologista.</p>  | <p>Apesar de não haver uma aderência total dos serviços, a família foi inserida na rede, houve uma comunicação e a criação de vínculo, tanto com a equipe do território quanto com a família atendida, viabilizando os direitos.</p> <p>Neste caso, como resultado deste atendimento foi possível conhecer como a criança e sua família foram recebidas na rede de proteção, e ter retorno do trabalho do serviço social e da psicologia (juntamente com as outras profissões inseridas na pediatria).</p>  |
| <p>2) Unidade de Queimados:<br/>Criança com 3 anos<br/>Família cuidadora durante a internação: Mãe</p> <p>Atendimento de entrevista inicial.<br/>Internação por queimadura com água fervendo.<br/>Histórico de atendimento em PAIF (CRAS) e PIM.</p>                              | <p>Foi feito acompanhamento durante o período de internação e utilizando da educação em saúde como uma forma de criação de vínculo com a família. Durante a internação foi feito contato com o Conselho Tutelar, com CRAS, com Unidade de Saúde e Primeira Infância Melhor (PIM). Após a alta foi feito somente um atendimento ambulatorial pelo serviço social, e a família seguiu retornando para atendimento com a área de medicina plástica. Os serviços, com exceção da Unidade de Saúde, não responderam mais sobre o retorno da família para a casa, dificultando o trabalho que deveria ser realizado intersetorialmente.</p> | <p>Deste caso, o produto do projeto de intervenção foi a tentativa de um contato e um trabalho com a rede, mas também uma resposta do quanto a rede pode estar fragmentada e com falta comunicação.</p> <p>Trabalhar com a questão da intersetorialidade é um desafio, principalmente em tempos que há um descaso com as políticas públicas e um descaso com a formação dos profissionais que atendem e que executam esta rede de serviços. Nesta comunicação falha, foi perceptível a falta de conhecimento quanto ao trabalho intersetorial e os aprofundamentos teóricos sobre os direitos das crianças e suas realidades vividas.</p> |
| <p>3) Unidade de Pediatria:<br/>Criança de 8 meses<br/>Família cuidadora na internação: Mãe e Pai</p>   | <p>A entrevista inicial e o acompanhamento durante a internação foram feitas pela assistente social, os atendimentos em ambulatório pela estagiária em execução do</p>  | <p>Neste caso, apesar de não ter sido acompanhado desde a internação, como propunha o Projeto, houve uma comunicação com a rede que foi importante para a saúde da criança, visto que ocorria uma solicitação de avaliação de maus tratos. E ao saber que a rede estava acompanhando, a família</p>   |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>Atendimento através de consultoria feita pelo médico traumatologista. Internação por trauma ocorrido após o pai puxar o braço para evitar queda do sofá. Neste caso, foi feita consultoria para avaliação de maus tratos.</p>   | <p>projeto. Antes do atendimento continuado após a alta, foi feito contato com conselho tutelar, CRAS e unidade de saúde, todas instituições em acompanhamento ativo com a família. Também foi discutida a situação com a equipe da pediatria, descartando a possibilidade de violência.</p>  | <p>frequentava os serviços de atendimento básico e voltava aos atendimentos ambulatoriais no hospital, notou-se que foi possível concretizar um trabalho intersetorial a fim de garantir a integralidade da criança.</p>  |
| <p>4)Unidade de Pediatria:<br/>Criança de 3 anos<br/>Família cuidadora durante a internação: Mãe, Pai e Avó.</p> <p>Atendimento de entrevista inicial. Internação por infecção e trauma por queda. Histórico de atendimento com o conselho tutelar e o Ministério Público (MP).</p>  | <p>Foi feito acompanhamento da família durante a internação, contato com o Conselho Tutelar, Unidade de Saúde e SAF. Após a alta, criança não retornou em ambulatório e ao contatar novamente a rede obteve-se a informação que a criança havia sido inserida em um serviço de acolhimento institucional e que somente o MP saberia informar onde se encontrava. Foi feito contato com este órgão, que informou que criança estava no núcleo de abrigos residenciais (NAR). Esta instituição foi contatada e foi feita uma reunião com a rede de proteção da criança antes do acolhimento. A partir disto, foi remarcada consulta como médico e remarcada consulta ambulatorial com Serviço Social e psicologia para continuação de tratamento.</p> | <p>Neste caso, durante a internação a rede já estava trabalhando com o caso, e através de circunstâncias, a criança foi acolhida institucionalmente logo após a alta. O contato com as instituições foi de extrema importância para conseguir entender o contexto que ocasionou a internação no HCR e a busca pela rede mesmo após a alta, visto que família não voltou ao atendimento ambulatorial. Também foram relevantes para que a saúde da criança fosse garantida no âmbito da atenção hospitalar, atenção básica e outros serviços da rede de proteção à criança.</p>   |
| <p>5)Unidade de Pediatria:<br/>Criança de dois meses.<br/>Família cuidadora na internação: Mãe.</p> <p>Atendimento através de consultoria feita pelo médico traumatologista. Criança recém-nascida com trauma, relato de queda quando estava no colo da mãe. Neste caso, foi feita consultoria para avaliar maus tratos.</p> | <p>Foi feito acompanhamento com a família durante a internação, contato com o Hospital da Criança Conceição, onde havia sido o nascimento, conselho tutelar, a unidade de saúde e o CRAS de sua região, ambos dois últimos com vínculo e acompanhamento com a família. Foi feita uma reunião com a psicologia a fim de avaliar maus tratos e atendimento pelo serviço social no retorno em ambulatório.</p>   | <p>A questão do cuidado é uma situação complexa e que muitas vezes vem acompanhada com visões de senso comum e juízo de valor em relação à família, principalmente à mãe. Não é insignificativo o número de famílias que chegam com crianças menores de um ano de idade com fraturas relacionadas à “puxões”, quedas ou queimaduras pelos mesmos motivos (escaldo de água ou leite quente). Nestas situações, é importante receber a consultoria do profissional que atende, mas também é importante considerar a questão do cuidado como diferente em cada contexto social.</p> <p>Avaliar possíveis situações de maus tratos é um trabalho que demanda uma prática de interdisciplinaridade e de discussões com a equipe, levando em consideração desde o pedido de avaliação de maus tratos feito pelo médico traumatologista ao atendimento feito pela assistente social, psicóloga ou equipe geral da pediatria (ou unidade de queimados).</p> |

Fonte: Sistematização da autora com base nos dados do projeto.

Diante desta síntese sobre o projeto de intervenção, conclui-se que este processo de estágio se referiu a um período em que foi notório o desenvolvimento das dimensões da competência profissional para a execução do projeto, e necessário um aprofundamento sobre as políticas sociais, as leis entre outras concepções que subsidiaram o trabalho realizado. Durante o primeiro semestre de estágio, a aproximação com a instituição através da análise da realidade e da política de Saúde, da Criança e do Adolescente foram essenciais para poder, através de um olhar crítico, identificar uma demanda significativa para a construção da proposta de um projeto de intervenção em Serviço Social. Por ser um Hospital de especialidade - trauma - e com uma abrangência de território muito vasta, as rotinas de trabalho foram instigantes quanto à ação profissional. Ao desenvolver uma metodologia e uma experiência, e aprofundando em leituras que dizem respeito à profissão na área da saúde, foi pensado um projeto de intervenção de um novo fluxo de atendimento, que não foi identificado no processo de observação e análise sócio-institucional. A Indagação quanto ao retorno das crianças internadas e o questionamento sobre o atendimento com a visão de Integralidade estimularam a pensar no Projeto de Intervenção.

O período de execução do projeto não ocorreu de forma fácil, uma vez que a instituição e a equipe do Serviço Social já têm instituído regras, normas e rotinas e os recursos foram uma grande dificuldade no início, visto a falta de espaço na equipe. Diante de todas as dificuldades no processo de estágio, foi constatado que como estagiária não é possível realizar um projeto que deveria ser feito por uma equipe. Não é possível instituir um fluxo de trabalho estando sozinha, e principalmente quando há também uma dificuldade de fala com as equipes que envolvem outros profissionais, apesar de haver sempre uma tentativa de diálogo. As unidades de Pediatria e de queimados são equipes multidisciplinares, que utilizam de uma técnica em que as disciplinas não interagem seus saberes, sem haver reuniões para discussão de caso, fato que dificultou também a execução do projeto. O artigo 10 do código de ética tem como um dos deveres “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar” (CFESS, 1993, p.33), e durante o estágio utilizou-se do diálogo, mesmo que informal e sem reuniões, como forma de trabalho, visto que não seria possível executar o projeto sem que houvesse alguma interação com outras profissões pertencentes às equipes de Pediatria e Queimados. Ou seja, foi instigado um trabalho interdisciplinar e intersetorial a partir do projeto de intervenção, independente de se conseguir realiza-lo completamente ou

não, e instigou principalmente o papel da alta complexidade dentro da atenção hospitalar como parte da rede para a garantia da integralidade em saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este TCC visou discorrer sobre o tema do trabalho da (o) Assistente Social na Atenção Hospitalar do SUS, apresentando como delimitação a ênfase para a intersetorialidade na garantia da integralidade em saúde. Para isto, foi feita revisão teórica sobre as categorias centrais da investigação, juntamente com a pesquisa bibliográfica apresentada, com a síntese dos artigos encontrados, visando responder ao objetivo da pesquisa. Tal objetivo consistiu em analisar como a produção da área de Serviço Social vem abordando o trabalho da (o) assistente social na atenção hospitalar do SUS em uma perspectiva intersetorial voltada para a garantia de integralidade, tendo em vista compreender as possibilidades, estratégias e limites do trabalho profissional nesse nível do SUS.

Desta forma, o TCC foi desenvolvido em dois capítulos com quatro itens, primeiramente sendo abordada a Atenção Hospitalar na trajetória e na atualidade da política de saúde, perpassando a constituição da saúde enquanto pública no país até hoje em dia. Concluiu-se que houveram significativos avanços, principalmente ao que diz respeito a saúde ser considerada como um direito, em uma concepção ampliada que além da ausência de doença, abarcando todas necessidades sociais dos indivíduos. Mas mesmo com esses avanços, a saúde foi constituída como universal e pública em um momento em que se se estabelece a hegemonia do Estado mínimo neoliberal, impactando na privatização das ações em saúde. Nesse quadro, destaca-se que o SUS é fruto da resistência e da luta dos trabalhadores e dos usuários, visto que a saúde não deve ser tratada como mercadoria e com meritocracia de acesso.

Neste item também foi apresentada a portaria de Atenção Hospitalar, criada em 2013, com intenção de melhoria dos serviços de assistência dos hospitais, afirmando que os mesmos fazem parte da rede de atenção, necessitando, para tal, comunicação com os demais níveis de atenção e demais serviços que compõem a saúde em sua forma integral. A partir da exposição sobre a portaria, seus desafios e perspectivas na atualidade, foi feita uma síntese sobre os artigos encontrados nas revistas que continham o descritor Hospital (também considerando hospitalar). Nesta síntese constatou-se que somente um dos nove artigos continha “Atenção Hospitalar” em seu título, resumo ou desenvolvimento, fato que mostra ainda a insuficiência de produções sobre a temática levando em consideração a referida portaria, pois o artigo

encontrado é de 2009, ou seja, quatro anos antes da mesma. A maioria dos artigos ainda aborda a atenção hospitalar mediante a política de humanização, fazendo uma crítica ao modelo biomédico e hierárquico que ainda prevalece dentro das instituições, trazendo também os malefícios das privatizações em saúde e do avanço do conservadorismo com o congelamento dos gastos da saúde por 20 anos através da PEC 241. Desta síntese, concluíram-se dois pontos: a falta de produções sobre a temática da atenção hospitalar após a criação da portaria, mas ainda sim um número relevante de artigos que problematizam e discutem um novo modelo de atenção hospitalar, ou seja, a portaria foi a operacionalização do que já se desenvolvia e se discorria a partir da PNH e de uma nova forma de enxergar saúde dentro dos hospitais.

A partir da discussão da Atenção Hospitalar e para fundamentar o texto, foi citado Cecílio (1997) como autor base para identificar os desafios atuais dos hospitais, visto que, ainda sendo o topo da pirâmide hierárquica do SUS, é procurado como porta de entrada. Então o autor cita a proposta da rede circular como uma forma de qualificar os serviços de saúde e partir deles garantir um atendimento integral para a população. Por isto, no Item 2 foi abordada a Integralidade e Intersetorialidade a partir da Atenção Hospitalar em saúde.

A integralidade aparece na Lei 8.080 como um dos princípios das ações em saúde, em que é definida como um conjunto de serviços preventivos e curativos (BRASIL, 1990), visto que a saúde é constituída pelos determinantes sociais engendrados pelas organização da sociedade, este conjunto de serviços vai além de instituições de saúde, consistem também em outros âmbitos sociais, como a assistência social, a previdência, habitação, entre outros. Neste item foi tratado de duas concepções de integralidade, a focalizada e a ampliada. As duas concepções são trazidas por Cecílio (2009) e retratam desde um ponto de vista micro em saúde, de dentro das instituições, à um ponto de vista macro, que abrange instituições além das destinadas à política de saúde. Neste item também foi citada a RAS como forma de viabilizar a qualificação da atenção hospitalar dentro da rede, visto a importância do trabalho entre os níveis de atenção de saúde para garantia de integralidade.

A intersetorialidade é abordada no trabalho como um pilar importante para a garantia de integralidade em saúde (MIOTO e NOGUEIRA, 2006), porém se identificou que o termo não consta na Lei 8.080 tampouco na portaria de Atenção Hospitalar, sendo contraditório com a própria concepção de integralidade, que abarca a perspectiva do trabalho intersetorial, central para a materialização do conceito ampliado de saúde. Fato que pode ser explicado pela fragmentação da Seguridade Social e da disputa das áreas das políticas, ocasionando um distanciamento entre as políticas principalmente de Assistência Social e de Saúde. No âmbito

no trabalho a com intersetorialidade, concluiu-se que a carga como trabalhador(a) responsável por “garantir” que a intersetorialidade funcione dentro de uma instituição é delegada ao (a) profissional do Serviço Social, visto que dentro de suas atribuições na saúde consta o estímulo da intersetorialidade como forma de superar a fragmentação das políticas (CFESS, 2009).

Através da leitura das produções sobre Integralidade entende-se que a Residência Multiprofissional em Saúde tem uma grande carga de produções sobre esta temática relacionada à atenção hospitalar, sendo considerada importante por retomar conceitos de trabalho na saúde como a interdisciplinaridade e integralidade, mas também são citadas críticas quanto às residências hospitalares, visto que os modelos de gestão estão sendo feitos por organizações que priorizam as privatizações, retrocedendo a uma visão biologicista da saúde. Por meio das leituras sobre a integralidade também se constata a intersetorialidade como uma palavra chave que perpassa todos os artigos, pois eles tratam da saúde em sua concepção ampliada e com uma visão crítica aos modelos conservadores de saúde, dando importância para a seguridade social e para as políticas sociais de uma forma ampla.

A categoria de intersetorialidade apareceu com o menor número de produções na pesquisa, o que se relaciona com saúde e atenção hospitalar, contendo somente quatro artigos que tratavam sobre as temáticas. Como já analisado no Item 2.2, antes da síntese das produções da pesquisa, o trabalho intersetorial aparece como uma prática reduzida às (aos) assistentes sociais, fato que leva o autor do artigo a criticar a intersetorialidade como responsabilidade apenas dos trabalhadores e trabalhadoras, sendo que essa deveria ser efetivada no âmbito da gestão das políticas (WANDERLEY, 2013). Por fim, as contradições evidenciadas na pesquisa são relacionadas à fragmentação da Seguridade Social, apesar do grande avanço após a constituição de 1988, o fato da intersetorialidade não constar como termo nas leis e portarias, vem dificultando a execução do trabalho, que muitas vezes é “carregado” apenas por alguns profissionais, principalmente os do Serviço Social.

Relacionado a estas duas categorias - Integralidade e Interseccionalidade - foi identificado que é necessário escrever sobre a relação das mesmas com as instituições hospitalares, visto que não é grande a quantidade de produções sobre essa temática. A residência multiprofissional foi um grande avanço para produção teórica nestes temas, mas ainda é perceptível a falta de entendimento sobre a importância destas categorias e diretrizes para o trabalho profissional, visto a experiência no estágio no Hospital Cristo Redentor e a falta de comunicação visível com a rede de atenção em saúde e com as outras políticas. E que por fim, as duas relacionam-se, sendo a interseccionalidade parte da integralidade ampliada em saúde.

O debate acerca do trabalho de Assistentes Sociais na saúde iniciou com uma passagem pela história da profissão, a inserção na saúde, desde as instituições privadas e os atendimentos clínicos moldados por uma visão acrítica e higienista, até a criação do SUS e as novas exigências para a profissão. A disputa dos dois modelos de saúde, privatista e público, causou uma polarização no Serviço Social, até a ruptura do conservadorismo e a implementação do código de ética de 1993, de acordo com a teoria crítica marxista. Porém, mesmo com a mudança da perspectiva teórica da profissão, o afastamento dos espaços de trabalho em relação às atualizações acadêmicas é visível até os dias de hoje, uma vez que o Serviço Social dentro de uma instituição hospitalar pode muitas vezes reproduz um trabalho ainda burocrático e distanciado de suas atribuições, ocasionando processos que ainda reforçam uma identidade profissional distanciado da perspectiva consolidada do projeto ético-político e nos Fundamentos teórico-metodológicos sustentados pela teoria social crítica marxista. Nesse quadro, este trabalho teve a intenção de reforçar o ponto de vista sobre a indissociabilidade entre a teoria e a prática, e evidenciar a importância de existirem produções que reforçam as competências profissionais, os direitos e deveres da (o) Assistente Social, a fim de fortalecer a práxis profissional, visto que “a realidade é funcionalmente domesticadora. Libertar-se de sua força exige, indiscutivelmente, a emersão dela, a volta sobre ela. É por isso que só através da práxis autêntica [...] a ação e reflexão, é possível fazê-lo” (FREIRE, 1987, p.38). Ou seja, é importante haver estágios obrigatórios dentro dos espaços sócio ocupacionais da saúde, residências multidisciplinares, eventos que prezam a educação permanente dentro da profissão e na área da saúde, para que haja uma aproximação e resistência ao modelo hierárquico e institucionalizado que ainda é - em algumas realidades - o hospital.

Por fim, este trabalho foi concluído com o debate das ações realizadas no projeto de intervenção no estágio obrigatório, uma vez que ele foi pautado em todas as categorias percorridas nos demais itens, desde a análise sócio institucional, a identificação e problematização do tema do projeto e a execução do mesmo. Todas as produções e os artigos encontrados na pesquisa foram uma base teórica para conseguir explicar os processos de trabalho na atenção hospitalar, desde indagações sobre as atribuições da profissão até os avanços da saúde pública e implementação do SUS. O HCR faz parte de um complexo hospitalar gratuito e universal, dispõe de tecnologias avançadas e um grande grupo de profissionais de diferentes áreas, todo acesso é via SUS, o que revela um grande avanço na saúde e também um grupo hospitalar que resiste contra as privatizações, porém ainda se identifica uma hierarquia dentro do hospital em relações às profissões e as atribuições dos trabalhadores. Outro ponto destacado através do estágio foi a lacuna da articulação entre os

níveis de atenção, o que dificulta a garantia da integralidade em saúde, visto que os tratamentos iniciados no hospital (relacionados à acidentes e traumas) deveriam ser finalizados ou acompanhados pela rede territorial e pela unidade básica de saúde. No projeto de intervenção foi priorizado o contato com as redes de atenção às crianças e aos adolescentes, tanto quanto o retorno das famílias aos atendimentos, visto que todas famílias que participaram do projeto viviam algum tipo de vulnerabilidade social ou eram expostas a alguma violência no seu contexto social. Não coube à execução do projeto “adequar” as famílias aos serviços dos territórios, e sim viabilizar o acesso e conseguir explicar quais serviços as crianças e suas famílias teriam direito. O projeto foi finalizado com avaliação positiva e crítica em relação a inúmeros fatores expostos no final do Item 3.2, que serviram de reflexão para a escrita deste TCC. Um dos fatores foi o retorno positivo de algumas instituições que participavam da rede dos territórios, o retorno de reuniões, relatórios sociais, a construção do trabalho interdisciplinar e o retorno ambulatorial das famílias. Outro fator foi a falta de recurso, de tempo, de reuniões dentro da equipe de pediatria, da fragmentação da rede de alguns territórios, e com a certeza de que um trabalho intersetorial não é fruto somente de uma profissional, e sim de um conjunto de fatores políticos e de gestão visando a não fragmentação da saúde.

Portanto, a história trouxe avanços tanto para a saúde quanto para a profissão de Serviço Social, apesar de todas contradições existentes na história, a (o) Assistente Social ao trabalhar de acordo com o projeto-ético político hegemônico estará em resistência contra os avanços da privatização, da reforma trabalhista, da PEC 241, do conservadorismo, se valendo das dimensões competência profissional para caminhar ao lado dos direitos do trabalhadores e somar forças na defesa da saúde enquanto direito universal e gratuito, com gestão participativa. Dentro da instituição hospitalar, os desafios identificados foram a constituição de debates sobre atribuições profissionais, utilizando da educação permanente, das atualizações decorrentes da pesquisa e da produção da área para espaços de aprendizagem, a necessidade de aproximação com os espaços de articulação providos pelo CRESS. Portanto, é fundamental para o trabalho profissional compreender o hospital também enquanto serviço constitutivo da rede de atenção à saúde, como provedor de prevenção e promoção de saúde, levando em consideração a comunicação intrasetorial entre os níveis de atenção e a intersetorial, pois a saúde vai além da ausência de doença, significando também a qualidade de vida em todos aspectos sociais.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Wagner Lopes; SALAZAR, Silvia Neves. Residência multiprofissional em saúde: considerações para a construção da integralidade na perspectiva do Serviço Social. **O Social em Questão**, n. 37, jan./abr. 2017. Disponível em: <[http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_37\\_SL\\_art\\_2\\_Almeida\\_Salazar%20\(1\).pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_37_SL_art_2_Almeida_Salazar%20(1).pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2018.

ASSUNÇÃO, Maria Figueiredo; SOARES, Raquel Cavalcante; SERRANO, Isadora. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 5-35, jan./jun. 2014.

ASSUNÇÃO, Geórgia Pires; FERNANDES, Raquel Aline. Humanização no atendimento ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise da literatura sobre a atuação do profissional de saúde. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 69-82, jan./jun. 2010.

BARBERIAN, Thais Peinado. Serviço Social e avaliações de negligência: debates no campo da ética profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 121, p. 48-65, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n121/0101-6628-ssoc-n121-0048.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018

BARROCO, Maria Lucia S. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 106, p. 205-218, abr./jun. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n106/n106a02.pdf>> Acesso em: 25 set. 2018

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. O Acolhimento no Processo em Saúde. **Serviço Social em Revista**. v. 13, n. 2. 2011. <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/8828/9122>> Acesso em: 25 set. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **17% dos Brasileiros tem os Serviços Públicos de Saúde como referência**. Brasília, DF, 2015. Disponível: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N°3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html) Acesso em: 10 Out. 2018

BRASIL. **Lei n° 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)> Acesso em: 10 de junho de 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N°3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html) Acesso em: 10 Out. 2018

BRASIL. **Lei no 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Acesso em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm) Acesso em: 16 mai 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Memórias do Hospital Cristo Redentor: 50 anos/Grupo Hospitalar Conceição**; orientação de Ana Inês Klein, Véra Lucia Maciel Barroso. – [2.ed.ver.] – Porto Alegre: EST, 2007. Acesso em: 10 Mar. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS DE A A Z**. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_pl.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_pl.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2018.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto et al. A intersectorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde. **Barbarói**, n. 39, p. 192-215, 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782013000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000200009)> Acesso em: 2 Nov. 2018

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Publ, Rio de Janeiro**, 469-478, jul-set, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

CFESS. CFESS Manifesta: **Dia da (o) Assistente Social**. Brasília, maio 2009. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/arquivos/15demaio09.pdf>>

COUTO, Berenice Rojas. Formulação de projeto de trabalho profissional. IN Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

FALCÃO, Frederico José. Resgate de uma Década: A Conjuntura Política-Social Brasileira dos Anos 80. **Libertas**, Juiz de Fora, v.8, n.1, p.28 - 49, jul / 2008. Disponível em <<https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/viewFile/1778/1253>>

FERREIRA, Josiane Aparecida; ARAUJO, Gessi Carvalho. Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v.

13, n. 1, p. 199 - 213, jan./jun. 2014. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/16519/11764>> Acesso em 14 de Outubro de 2018.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FROSSARD, Andréa Geórgia de Souza e SILVA, Emanuel Cristiano de Souza. Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos. **Revista katálysis**. 2016, vol.19, n.2, pp.281-288 < <http://www.scielo.br/pdf/rk/v19n2/1982-0259-rk-19-02-00281.pdf>> Acesso em: 2 Nov. 2018

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. GHC. **Site Grupo Hospitalar Conceição**. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/>

GOMES, Gleiciane Viana; BRITO, Liana. Trabalho Profissional dos Assistentes Sociais na saúde na Contra Reforma Estatal. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 15, n. 30, jul./dez. 2015

GUERRA, Tamaría Monique Silva; COSTA, Maria Dalva Horácio. Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. **Textos & Contextos**. v 16, n.2, 2017. <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/27353/16424>>

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). **A Dimensão Técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012. p. 39-70.

HOLZ, C.B et al. O Hospital na rede de atenção a saúde: uma reflexão teórica. **Revista Espaço Ciência e Saúde**. v. 4, 2016, p. 101-115.

JUNIOR, FRANCISCO BATISTA. Gestão no Sus: o que fazer? In: **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para saúde**. Organizadores: Maria Inês Souza Bravo (et al) 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2008.

LANZA, Líria Maria Bettiol; CAMPENUCCI, Fabrício da Silva; BALDOW, Letícia Orlandi. As Profissões em Saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v.15 n.2, p. 212-220, jul, dez 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rk/v15n2/06.pdf> Acesso em: 20 Out 2018

LEAL, M. C; CASTRO, M. M. C. Política Nacional de Atenção Hospitalar: Impactos para o Trabalho do Assistente Social. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP v.16, n.2 (24), p.211-228, jul./dez 2017

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Trabalho e Saúde das Assistentes Sociais da área da saúde. **Temporalis**, Brasília, ano 2017, n.34, jul dez de 2017. Disponível em <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/17653>> Acesso em: 20 Out 2018

MARTINS, Priscila Aparecida. A contribuição do Serviço Social para a efetivação do Controle Social no HC-UFU. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, 2015 - n. 35, v. 13, p. 184 - 202

MATTA, Gustavo Correa. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / **Fiocruz**, 2007.

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1411-1416, set-out, 2004. Disponível em [https://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros\\_BA/Documentos%20para%20Consulta/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20operacionaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20SUS.pdf](https://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros_BA/Documentos%20para%20Consulta/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20operacionaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20SUS.pdf) > Acesso em 15 de Set 2018.

MENDES, Jussara Maria Rosa; GARCIA, Maia Lúcia Teixeira; OLIVEIRA, Edinéia Figueira dos Anjos; FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**. v.10, n2, 2001. Porto Alegre. Acesso em 26/9. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/9912/7337>

MIOTO, Regina Célia Tomasoto; LIMA, Telma Cristiane Sasso De. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Textos & Contextos** Porto Alegre v. 8 n.1 p. 22-48. jan./jun. 2009. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/5673>

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A.E., et al (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. ABEPSS/OPAS, julho de 2006.

BRASIL. MDS. **Política Nacional de Assistência Social** - PNAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf) > Acesso em: 6 Out 2018.

MOTTI, A.; SANTOS, Joselino. **Redes de proteção social à criança e ao adolescente: limites e possibilidades**. Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto juvenil no Território Brasileiro–PAIR. Brasília: UFMS/PROAES, 2011.

MONNERAT, Giselle Lavinias e SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista katálysis**. 2011, vol.14, n.1, pp.41-49. <http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05.pdf> > Acesso em: 4 Set 2018.

MORAIS, Thayse Centenaro; WUNSCH, Dolores Sanches. Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 100 - 113, jan./jun. 2013 Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/13253/9637> > Acesso em: 8 Out 2018.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**. 2010, n.101, pp.95-120. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n101/06.pdf>> Acesso em: 4 nov 2018.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. In: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Módulo 01. Brasília. CFESS/ABEPSS/DSS e CEAD-UnB, 1999.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. IN Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde — SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, E. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. v. 1, p. 218-241

PAIM, J.S et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde No Brasil**. v. 377, n.9779, p 11-32. maio, 2011. Disponível em <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/157048/mod\\_resource/content/1/Paim%20sistema%20de%20saude%20Brasil%20Lancet%202011.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/157048/mod_resource/content/1/Paim%20sistema%20de%20saude%20Brasil%20Lancet%202011.pdf)> Acesso em: 15 Set 2018.

PEREIRA, Isadora Ducati. **A política de assistência social: a materialização da diretriz da territorialidade no CRAS Partenon**. 63F. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2015. Disponível em <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/134385/000985921.pdf?sequence=1>> Acesso em: 18 Out 2018.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social e Sociedade**. no.107 São Paulo July/Sept. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282011000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300003)>

RAMOS, Graziela Dourado. **O Trabalho do Assistente Social na Alta Complexidade do Sistema Único de Saúde: a perspectiva de acesso aos direitos**. 94 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/148308>> Acesso em: 10 Set 2018.

REZENDE, Jamille Soffe Meirelles; MORAIS, Rígela Almeida de; CASTRO, Marina Monteiro de Castro. Educação em saúde no espaço hospitalar: desafios para o serviço social. **O Social em Questão**, Ano XIX, n. 35-20, 2016. Disponível em <[http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_35\\_1\\_SL\\_Rezende\\_Morais\\_Castro.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_35_1_SL_Rezende_Morais_Castro.pdf)>

RIBEIRO, Rubiane de Souza. O Trabalho do Assistente Social e sua inserção no processo de trabalho em saúde: Um olhar sobre a Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Libertas**, Juiz de Fora, v.8, n.1, p. 91 - 109, jan-jun / 2008 – ISSN 1980-8518. Disponível em <<https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1781/1256>> Acesso em: 28 Set 2018.

SANTOS, Marta Alves; SENNA, Mônica Castro Maia. Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento política estratégico na prática profissional. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v.20, n. 3, set dez de 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v20n3/1414-4980-rk-20-03-00439.pdf>> Acesso em: 28 Set 2018.

SANTOS, Tatiane Valéria Cardoso dos; SILVA, Letícia Batista; MACHADO, Thiago de Oliveira. A influência dos determinantes sociais no trabalho do assistente social na saúde. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.16, n.1, p. 117-130, jan./jul.2016. Disponível em <<https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/3003/2331>>

SARRETA, Fernanda Oliveira. O trabalho do Assistente Social na saúde. **Ciência et praxis**. São Paulo. v.1, n.2, 2008

SILVA, Luciana da Conceição; BROTTTO, Marcio Eduardo. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. **Revista em Pauta**. Rio de Janeiro, 2016 - n.37, v.14, p 126-149. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/25396>> Acesso em: 28 Set 2018.

SANTOS, T. B; PINTOS, I. C. M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, conferências e estratégias de executivo federal. **Revista Saúde Debate**. v. 41, n. especial 3, 2017, p. 99-113. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0099.pdf>> Acesso em: 20 Ago 2018

XAVIER, Priscila Regina Hella; LOPES, Stella Maris Brum Lopes. As práticas do Assistente Social e sua articulação com a Equipe de Saúde de um Hospital de Curitiba. **Serviço Social em Revista**., v. 18, n.2, p.132 - 150, jan./jun. 2016. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/18507/19107>> Acesso em: 1 out de 2018.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Discutindo a Gestão Social: Conceitos e protagonistas. **Serviço Social em Revista**. v 16, n1. 2013. Acesso em 26/9. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/17973/14621>

## APÊNDICES

Tabela 1 - Produções sobre Trabalho

| EIXO TEMÁTICO               | Nº ARTIGOS |
|-----------------------------|------------|
| Saúde do Trabalhador        | 12         |
| Atenção Básica              | 4          |
| Residência Multidisciplinar | 3          |

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| Política de Saúde - SUS       | 3         |
| Saúde Mental                  | 2         |
| Saúde Segmentos Populacionais | 2         |
| Outros                        | 6         |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>32</b> |

Fonte: Sistematização da autora com base na pesquisa

Tabela 2 - Produções sobre Atenção Hospitalar, Hospital e Hospitalar

| <b>EIXO TEMÁTICO</b>          | <b>Nº ARTIGOS</b> |
|-------------------------------|-------------------|
| Processos de Trabalho         | 4                 |
| Humanização em Saúde          | 4                 |
| Política de Saúde - SUS       | 3                 |
| Atenção Básica                | 1                 |
| Residência Multidisciplinar   | 1                 |
| Educação em Saúde             | 1                 |
| Saúde segmentos populacionais | 1                 |
| Saúde do Trabalhador          | 1                 |
| Outros                        | 2                 |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>18</b>         |

Fonte: Sistematização da autora com base na pesquisa

Tabela 3 - Produções sobre Intersetorialidade

| <b>EIXO TEMÁTICO</b>          | <b>Nº ARTIGOS</b> |
|-------------------------------|-------------------|
| Políticas Sociais             | 4                 |
| Atenção Básica                | 2                 |
| Gestão Social                 | 2                 |
| Saúde Mental                  | 1                 |
| Saúde Segmentos populacionais | 1                 |
| Saúde do Trabalhador          | 1                 |
| Políticas Públicas            | 1                 |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>12</b>         |

Fonte: Sistematização da autora com base na pesquisa

Tabela 4 – Produções sobre Integralidade

| <b>EIXO TEMÁTICO</b>          | <b>Nº ARTIGOS</b> |
|-------------------------------|-------------------|
| Residência Multiprofissional  | 3                 |
| Atenção Básica                | 2                 |
| Saúde Segmentos Populacionais | 2                 |
| Trabalho em Rede              | 1                 |
| Gestão em Saúde               | 1                 |
| Saúde do Trabalhador          | 1                 |
| Saúde Mental                  | 1                 |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>11</b>         |

Fonte: Sistematização da autora com base na pesquisa

### **Roteiro de análise dos artigos selecionados na pesquisa bibliográfica**

Qual o conceito de Integralidade?

Qual o conceito de Intersetorialidade?

Qual o conceito de Atenção Hospitalar na saúde?

O que a Integralidade tem a ver com o trabalho da assistente social?

Por que a intersetorialidade é importante para o trabalho da assistente social?

Os artigos filtrados com as palavras chaves têm conteúdo suficiente para responder a pesquisa?