

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

ANA LUÍZA VICENTINI LEÃO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM CONTEXTO HOSPITALAR:
OS DESAFIOS E AS POSSIBILIDADES PARA A GARANTIA DO DIREITO À
SAÚDE**

PORTO ALEGRE - RS
2018

ANA LUÍZA VICENTINI LEÃO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM CONTEXTO HOSPITALAR:
OS DESAFIOS E AS POSSIBILIDADES PARA A GARANTIA DO DIREITO À
SAÚDE**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dolores Sanches Wünsch.

PORTO ALEGRE – RS
2018

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longe de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos esteve comigo. Sem sua ajuda não conseguiria alcançar meus objetivos, sou grata por suas graças e pela intercessão de sua Mãe que é também minha, a Santíssima Virgem Maria.

Um agradecimento especial a Prof. Dolores Sanches por acreditar em meu trabalho, por todo o seu apoio e paciência durante esses momentos que embora árduos para mim, foram também de muita alegria pela possibilidade de conclusão do ensino superior, a qual infelizmente nem todos os brasileiros tem acesso. Obrigada pelas correções, incentivos e por todo o carinho com que sempre me tratou.

À Solange dos Santos Silva, por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das supervisões acadêmicas. É um prazer tê-la na condição de banca examinadora, uma vez que pode acompanhar de perto o meu processo de estágio curricular obrigatório e agora ver o quanto essa experiência potencializou a construção deste trabalho. Agradeço por me mostrar a importância do saber, me ensinar que socializar o conhecimento é fundamental para o processo de construção do conhecimento, que significa retribuir aquilo que a universidade me proporcionou.

Além disso, agradeço tanto a arguidora e orientadora deste trabalho por me motivarem a não ser uma simples expectora como aluna, por me fazerem enxergar que sou atora principal no meu processo de aprendizado. Também não poderia deixar de mencionar a todos os professores e colegas de curso que fizeram parte da minha trajetória nesses cinco anos, obrigada por toda experiência compartilhada, vocês fizeram parte desse processo e contribuíram para a minha formação. Agradeço pelas amizades construídas ao longo desse caminho - em especial Paolla Stefanon que sempre esteve ao meu lado.

Agradeço a minha supervisora de campo, Carina Helena Bubolz, que esteve comigo por um ano e meio durante o estágio em um Hospital de Porto Alegre. Admiro sua alegria apesar das suas lutas árduas no cotidiano profissional em defesa dos direitos dos usuários, seu compromisso ético tanto para com seu trabalho, quanto para com minhas supervisões, no pouco tempo que lhe coube, são motivo para lhe lisonjear. Seu zelo e

dedicação para comigo inspiraram minha trajetória profissional, a querer atuar da mesma forma, se Deus quiser, em um futuro próximo.

Agradeço a Bolsa do Programa de Educação Tutorial (PET), pelas ricas experiências de ensino, pesquisa e extensão, das quais me possibilitaram vivências ímpares para meu crescimento profissional e pessoal, além do privilégio de desenvolver um trabalho para “além dos muros” da Universidade, comprometido com a construção de uma sociedade mais justa e humana. Gostaria de agradecer aos meus colegas e Tutora Prof. Tatiana Reidel do PET Cursos da Saúde Noturno. Obrigado a todos pela troca de conhecimentos, discussões, apoio e momentos de riso.

Obrigada meus amigos de igreja: Padre Pedro por ser meu diretor espiritual, por sempre me dar bons conselhos, por orar por mim e, acima de tudo, por ser uma pessoa especial para mim, a qual ainda quero poder seguir com mais afinco seus ensinamentos. Agradeço as minhas amigas Juliana Simão, Mellyzie Calegato, Milena Caumo, Laura Becker e Thainá Lins, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo superior, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente!

Aos colegas do FAROL - grupo cristão da Universidade – que apesar das diferenças em nossas crenças, foi possível buscar nossas semelhanças e rezarmos juntos pelas pessoas que não tem fé na Universidade, tornando o ambiente acadêmico mais amigável a quem tem fé. Agradeço em especial aos colegas: Felipe da Medicina, Amábile da biblioteconomia e colegas do Serviço Social, Ana, Carol e Gabriela que também participaram dos encontros, obrigada por todo o apoio.

Agradeço em especial a minha mãe Isabel e pai Sandro Alex Leão, por sempre acreditarem em mim e me apoiarem de incontáveis maneiras. A meu irmão gêmeo, Luiz Wagner Vicentini, a qual não somente divido a casa, mas também a vida, obrigada por sempre estar ao meu lado e pelas vezes em que dividimos a mesa de estudos para fazer cada um o seu TCC!

Por fim, não poderia deixar de agradecer a meu amado noivo Leandro Teodoro, pois sempre esteve presente em cada momento difícil, me aconselhando quanto a problemas familiares e me inspirando a querer ser melhor como pessoa. Agora, posso pensar em um futuro melhor ao seu lado.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objeto principal abordar sobre o trabalho do assistente social na área da saúde, em particular em contexto hospitalar, a partir de reflexões advindas do estágio curricular obrigatório realizado de junho de 2016 a dezembro de 2017 em um hospital de Porto Alegre que atende usuários de todo o Estado do Rio Grande do Sul. De início, a presente monografia evidencia a conjuntura sócio histórica da política Saúde no Brasil, trazendo à tona sobre o modelo de seguridade social e como o sistema de saúde brasileiro foi estruturado historicamente. Na sequência faz-se apontamentos teóricos relevantes que fomentam o debate acerca do conceito ampliado de saúde, a partir da reflexão sobre o desenvolvimento histórico do conceito de determinantes sociais da saúde e as diferenças acerca do seu entendimento, com enfoque para o conceito que orienta este trabalho. Aborda-se ainda sobre a inserção do serviço social na área da saúde, a qual foi possível tecer considerações históricas sobre como se constituiu a profissão na perspectiva do trabalho multiprofissional de saúde, para se entender as relações sócio históricas que influenciam o serviço social atualmente. Ademais a presente monografia traz algumas considerações sobre a Política de Humanização e discorre sobre as particularidades do exercício profissional em meio a essa dinâmica, a fim de apreender as perspectivas e desafios dos Assistentes Sociais na área da saúde. Isto posto, o Trabalho de Conclusão de Curso visa trazer à tona, a partir desses pontos citados, como o trabalho do assistente social no contexto hospitalar tem contribuído para a garantia do direito à saúde a partir de alguns aspectos mais problematizados no estágio, arcabouço teórico da graduação, além de revisão bibliográfica sobre o tema. Cabe destacar que diante do fato de que na atualidade o conceito de saúde está em disputa e também o próprio Sistema único de Saúde, faz-se necessária contribuições científicas que corroborem com o conceito ampliado, assim espera-se, através desta produção contribuir com a visibilidade do trabalho da assistente social ao que se refere a contribuição científica voltada ao trabalho profissional, a partir da defesa da consolidação dos direitos e políticas sociais, em especial a saúde que é essencial para a manutenção da vida humana.

Palavras-chave: Trabalho do Assistente Social, Determinantes Sociais da Saúde, Trabalho Multiprofissional de Saúde, Política de Humanização, Conceito Ampliado de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 A SAÚDE NO BRASIL.....	15
2.1 O Desenvolvimento Histórico do Conceito de Determinantes Sociais da Saúde	23
2.2 Determinantes Sociais de Saúde: Um Conceito em Disputa	31
3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: CONSIDERAÇÕES SOBRE AS NORMATIVAS DO SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	40
3.1 A Trajetória histórica do Serviço Social na Saúde	44
3.2 Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde... 50	
3.3 O Trabalho do assistente social na média complexidade do Sistema Único de Saúde: A vivência do Estágio Curricular Obrigatório em Porto Alegre.....	53
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alta Complexidade
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CMS	Conselho Municipal da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional do Serviço Social
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MC	Média Complexidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Projeto Ético-Político
PNH	Política Nacional de Humanização
SMS	Secretaria Municipal da Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
SSDP	Sociedade Divina Providência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo principal aprofundar o conhecimento acerca do trabalho do assistente social na área da saúde, mais especificamente em contexto hospitalar, a partir de reflexões advindas do estágio curricular obrigatório, realizado de junho de 2016 à dezembro de 2017 em um hospital de Porto Alegre que atende usuários de todo o Estado do Rio Grande do Sul. Tem-se como finalidade problematizar como se constitui o trabalho dos Assistentes Sociais na garantia de acesso ao direito à saúde, nesse caso, a sua particularidade na perspectiva do trabalho interdisciplinar da profissão no âmbito hospitalar.

A aproximação e o interesse pela temática surgiram enquanto a autora deste trabalho estagiou por um (01) ano e meio em um hospital de Porto Alegre, equipamento de média complexidade especializado em traumatologia e Ortopedia, com 100 leitos inteiramente destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento destinava-se a pacientes/usuários de todo o Estado do Rio Grande do Sul, com características da população atendida para atendimento de ambulatório, em Unidade de Internação, em Terapia Intensiva e Com Dor Crônica.

Durante o período de estágio, a discente realizou atendimento e acompanhamento a pacientes/usuários adultos em todas as unidades do hospital. Considerado, que este, abrange cidadãos de todo o território brasileiro, a partir de atendimento clínico, cirúrgico e ambulatorial, além de serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, foi possível identificar o perfil socioeconômico-cultural dos usuários bastante diversificado. E é a partir destas características que o Serviço Social buscou intervir.

O Serviço Social existe no hospital em questão desde fevereiro de 2013. Inserido na área assistencial, está integrado às demais áreas técnicas da saúde, sendo possível identificar a importância da atuação profissional na área da saúde e seu reconhecimento frente as expressões da questão social presentes no perfil majoritário dos pacientes internados no hospital, as quais se constituem em demandas cotidianas para o Serviço Social. Assim, ao se tratar de uma equipe multiprofissional, a assistente social procura atuar nas relações entre equipe-paciente-família, buscando ter uma atuação interventiva para mudança e aprimoramento destas relações na defesa e garantia dos direitos dos usuários e no enfrentamento das expressões da questão social vividas por estes.

Dessa forma, foi mediante o acompanhamento do trabalho de uma assistente social em um hospital e posteriormente intervenções realizadas no campo que emergiram as indagações centrais que justificam a escolha do tema e problema de pesquisa da presente monografia. A partir das análises originárias do estágio percebeu-se que os maiores desafios se encontram na materialização dos direitos dos usuários, considerando as novas articulações entre público e privado e os diferentes interesses que estão em disputa na sociedade, permeado de avanços e retrocessos na materialização dos direitos dos mesmos.

Para tal tem-se enquanto problema de pesquisa: *Como o trabalho do assistente social no contexto hospitalar tem contribuído para a garantia do direito à saúde, a partir do conceito ampliado de saúde frente ao tensionamento do modelo médico-centrado nas equipes multiprofissionais. E tem como questões norteadoras I. Como os assistentes sociais contemplam e intervêm nos determinantes sociais da saúde em seu trabalho profissional, a partir do conceito ampliado de saúde. II. Quais desafios e as possibilidades vivenciados pelos assistentes sociais em seus cotidianos para a concretização do conceito ampliado de saúde frente o tensionamento do modelo médico centrado. III. Quais são os principais subsídios teóricos-metodológicos para o trabalho profissional na área da saúde considerando as dimensões da competência profissional.* Isto posto, o Trabalho de Conclusão de Curso visa trazer à tona, a partir desses pontos citados, como o trabalho do assistente social no contexto hospitalar tem contribuído para a garantia do direito à saúde a partir de alguns aspectos mais problematizados no estágio, arcabouço teórico da graduação, além de revisão bibliográfica sobre o tema.

O Trabalho de Conclusão de Curso se constituiu a partir de uma revisão de literatura (fontes bibliográficas e documentais) à luz dos objetivos específicos da autora, são eles: *a) Conhecer como os assistentes sociais contemplam e intervêm nos determinantes sociais da saúde em seu trabalho profissional, a partir do conceito ampliado de saúde; b) Apontar os desafios e as possibilidades vivenciados pelos assistentes sociais em seus cotidianos para a concretização do conceito ampliado de saúde frente o tensionamento do modelo médico centrado e; c) Evidenciar os subsídios teóricos-metodológicos sobre o trabalho profissional na área da saúde considerando as dimensões da competência profissional na Política de Saúde.* A partir destes é que se chega ao objetivo geral deste trabalho: *analisar o trabalho do assistente social no*

contexto hospitalar, a partir da perspectiva de atuação em equipe multiprofissional, com vistas a dar visibilidade a sua contribuição para a garantia do direito à saúde.

O recurso metodológico escolhido, a partir de revisão de literatura, propõe maior familiaridade com o problema de pesquisa da autora, com vistas a explicitá-lo. Buscou-se nesse sentido responder o estado atual da questão problema da pesquisadora: *Como o trabalho do assistente social no contexto hospitalar tem contribuído para a garantia do direito à saúde, a partir do conceito ampliado de saúde frente ao tensionamento do modelo médico-centrado nas equipes multiprofissionais.* Nesse sentido, a pesquisadora buscou construir uma formulação crítica das fontes pesquisadas, com uma argumentação própria, diferente de elaborar síntese dos estudos feitos, buscou revelar o estado atual dos conhecimentos sobre o tema.

Assim, deu-se um tratamento justo a cada obra/documento pesquisado, a qual procurou compreender o raciocínio do(s) autor(es) e argumentos, além de realizar uma conexão com as principais contribuições dos estudiosos sobre o tópico a ser abordado. É importante destacar que as argumentações encontradas quando contrariadas o pensamento da autora, foram possíveis nestes pontos de discordância estabelecer interações com as obras revisadas, se tratando dessa forma não somente de reunir informações produzidas na área de estudo em questão, mas trazer uma discussão crítica do tema pesquisado.

Tem-se como Corpus Documental deste trabalho a utilização de livros de autores mais influentes na área da saúde do serviço social; Artigos em periódicos de revistas qualis A e B; dissertações de Mestrado; teses de Doutorado; dispositivos legais, tais como leis, normas, estatutos, etc.; bem como os relatórios de estágio curricular redigidos pela acadêmica.

A principal vantagem da referida pesquisa a partir da revisão de literatura é a de que se possa abranger mais amplamente os fenômenos, desta forma buscar desvendar a realidade, para que se ultrapasse o senso comum e se tenha conhecimento científico do objeto em sua concretude, para além do aparente. Nesse sentido, ressalta-se o cuidado com a revisão bibliográfica, já que poderá haver equívocos e enganos, por se tratar de fontes secundárias, podendo comprometer, assim, a veracidade desta busca. Por essa

razão, é necessário um número considerável de fontes para que se proporcione uma maior qualidade ao que se quer desvendar e aprofundar.

Assim, foi também realizada uma análise documental, a qual trouxe a coleta de dados restrita a documentos na perspectiva de almejar a busca em fontes primárias. As fontes documentais da busca serão Legislações básicas do SUS, normativas da Profissão, as análises dispostas nos documentos do Estágio Obrigatório (Relatório Final do Estágio III e Diário de Campo do Estágio III), documentos do Ministério da Saúde, Documentos da Organização Mundial da Saúde, também outros a partir da pesquisa feita na Biblioteca Virtual da Saúde do Ministério da Saúde.

A Revisão se deu com os seguintes descritores : O Serviço Social na Saúde; Equipe Multiprofissional e Conceito Ampliado; Determinantes em saúde, Determinantes Sociais, Serviço Social e Hospital/Hospitalar, estes considerados relevantes para o problema escolhido. A amostragem foi intencional, visando conhecer a opinião e ação dos informantes, nesse caso as bibliografias e os documentos, que foram qualificados para a revisão de acordo com a sua tipicidade, uma mostra representativa de bibliografias e documentos que existem com a intenção de propiciar maior veracidade à busca. Visou prover uma visão geral e atual do tema, a fim de responder o problema de pesquisa definido a partir das indagações do Estágio Obrigatório, particularmente diante dos entraves e desafios no âmbito hospitalar em questão.

A revisão foi realizada na busca de banco de dados em que buscou-se a escolha de obras/documentos com título que abarque alguma das palavras-chaves descritas para a busca das fontes, posteriormente foi realizado a leitura do resumo contido nas obras/documentos, assim buscou-se identificar se converge com os objetivos específicos deste projeto, a fim da seleção das obras mais pertinentes ao estudo.

Posteriormente foi realizada uma leitura inspeccional, com a finalidade de identificar quais os textos merecem uma leitura mais atenta e profunda, bem como a ordem de leitura. A leitura das obras foi um momento importante para diferenciar as ideias do revisor das dos autores revisados, em que buscou-se sintetizar as afirmações e conclusões com relação as variáveis estudadas, assim foi possível identificar como o texto revisado responde aos objetivos do Projeto de Pesquisa. Na etapa seguinte foi realizada uma avaliação crítica, a qual buscou-se identificar e agrupar discordâncias e concordâncias, entre vários autores (concordância interpesquisadores) e de um mesmo

determinado autor com sua obra (concordância intrapesquisador), nesse sentido faz-se uma interação entre as obras.

Atenta-se para o fato de que os achados puderam confirmar os fundamentos teóricos levantados inicialmente no projeto de Trabalho de Conclusão de Curso I para justificar os objetivos da pesquisa em relação ao tema, como poucas produções teóricas que abordam a temática dos Determinantes Sociais em Saúde, reiterando que a falta de consenso e de direcionamento comum do Serviço Social pode vir a ser um agravador na concretização de ações efetivas na garantia do direito à saúde. Nesse sentido, reconhece-se que é de suma importância ampliar o debate sobre o tema dos Determinantes Sociais em Saúde, com vistas ao interesse não somente da Política de Saúde, mas das políticas sociais e públicas como um todo, uma vez que este tema acaba por impactar nas mais variadas áreas de atuação profissional.

Coloca-se como motivador para construção deste trabalho um posicionamento em defesa da saúde pública, pautada em seu conceito ampliado, a qual reconhece que o contexto social, econômico e cultural dos sujeitos deve ser considerado e não apenas os aspectos biológicos e as condições clínicas dos mesmos. Além de contribuir com a visibilidade do trabalho da assistente social ao que se refere a contribuição científica voltada a refletir o trabalho profissional, a partir da defesa da consolidação dos direitos e políticas sociais, em especial a saúde que é essencial para a manutenção da vida humana.

Com relação à estrutura do trabalho, inicialmente, será feita uma breve contextualização sobre a Política de Saúde Brasileira que se encontra em vigência, trazendo à tona sobre o modelo de seguridade social e como o sistema de saúde brasileiro foi estruturado historicamente. Neste capítulo traz-se apontamentos teóricos relevantes que fomentam o debate acerca do conceito ampliado de saúde, a partir da reflexão sobre o desenvolvimento histórico do conceito de determinantes sociais da saúde e as diferenças acerca do seu entendimento, com enfoque para o conceito que orienta a presente monografia.

Posteriormente, aborda-se sobre a inserção do serviço social na área da saúde, no qual tece considerações históricas sobre como se constituiu a profissão na perspectiva do trabalho multiprofissional de saúde, para que se possa entender as relações sócio históricas que influenciam o serviço social atualmente. Assim, tem-se nesse capítulo maior clareza de como se constituiu o trabalho dos Assistentes Sociais na garantia de

acesso ao direito à saúde e à vista disso, as dimensões que desenvolvem suas ações profissionais nessa área atualmente. Ademais enriquece-se este item a partir da escrita sobre a vivência do Estágio Curricular Obrigatório em um hospital em Porto Alegre, a qual abordar-se-á nesta lógica sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde a partir da Política Nacional de humanização, voltado para um debate sobre as reais condições de saúde da população, além de trazer considerações pessoais a respeito dos desafios e possibilidade vivenciados no espaço ocupacional em questão.

Na sequência, neste mesmo item, apresenta-se algumas considerações referente a como como os assistentes sociais contemplam e intervém nos determinantes sociais da saúde em seu trabalho profissional. A qual traz-se como resultado o conceito de saúde que esses profissionais tem considerado na sua atuação profissional na área e problematizando como esses são apropriados no cotidiano profissional. Por último, tem-se as considerações finais deste trabalho.

2 A SAÚDE NO BRASIL

Diante de uma análise da história sanitária brasileira, não basta somente apresentar fatos marcantes de cada período. Mais do que conhecer as técnicas específicas para solução dos problemas de saúde de cada época, é necessário saber as condições políticas, econômicas e sociais, assim como os conhecimentos disponíveis e as concepções de saúde e doença nela prevalentes (FALK; PUSTAI, 2013). É a partir dessa perspectiva mencionada que se apresenta neste item sobre a Política de Saúde Brasileira que se encontra em vigência, trazendo à tona sobre o modelo de seguridade social e como o sistema de saúde brasileiro foi estruturado historicamente.

A saúde faz parte do Tripé da Seguridade Social, composta também pela Assistência e Previdência Social para a Proteção Social dos brasileiros que representa um dos maiores avanços da Constituição Federal Brasileira de 1988. Porém nem sempre o modelo de seguridade foi assim. Antes desta Constituição, o acesso à saúde era limitado aos trabalhadores com carteira assinada, como funcionários públicos ou militares, de caráter contributivo, além de que se restringia exclusivamente à questão biológica. (PAIM et al., 2011).

Historicamente o modelo de proteção social no Brasil teve seu marco inicial na previdência e na assistência em saúde em 1923 com o Decreto nº 4.682, conhecida como “Lei Eloy Chaves”, com a qual foi criada a primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP), destinada aos ferroviários de São Paulo. Inicialmente era destinada aos trabalhadores de ferro e mais tarde a partir de outras bases legais, foi ampliada para empresas dos portuários, dos marítimos, dos telégrafos e dos radiotelégrafos, esses com contribuições obrigatórias dos empregados e da empresa. Nesse sentido, a lei que inaugura o sistema previdenciário brasileiro era destinada somente a trabalhadores e excluía aqueles que não possuíam vínculo com o trabalho.

A Lei em questão não modificou muito o modelo do sanitarismo campanhista brasileiro que mantinha ordem e melhora das condições de saúde das cidades e portos, garantindo as condições de exportação da economia agrícola, predominante até a metade do século passado. (FALK; PUSTAI, 2013). O período que se refere é o da república, no qual, segundo Falk e Pustai (2013, p. 11) "o interesse era melhorar as condições sanitárias das cidades e dos portos de maior importância econômica, sem qualquer atenção ao meio

rural onde vivia o maior contingente populacional". Nesse sentido, o enfoque das ações sanitárias não era baseado nas necessidades das pessoas, era comum o conflito entre as autoridades de saúde e a população. Tem-se um evento marcante nesse período com essas características, conhecido como Revolta da Vacina, ocorrido no Rio de Janeiro em 1904

Foi a transição para uma economia industrial urbana que provocou a expansão das CAPs para outras categorias profissionais e, em 1933-38, a migração das CAPs para os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) organizadas por ramos de atividades, com crescente necessidade de mais serviços de medicina previdenciária para uma grande massa de trabalhadores (FALK; PUSTAI, 2013). Já em 1960, todos os IAPs foram reunidos pela Lei Orgânica da Previdência Social.

Em 1966, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). (PAIM et al., 2011). Influenciado pela intervenção militar de 1964, o sistema médico previdenciário foi moldado pela centralização político-administrativa, e suas características eram a tomada de decisões a cargo da tecnoburocracia, com exclusão da cidadania, o modelo assistencial dividido entre ações curativas e preventivas, o acesso não universal e o financiamento privilegiado para a expansão de serviços privados (FALK; PUSTAI, 2013). Esse modelo ficou conhecido como médico-assistencial privatista e foi hegemônico até o final dos anos de 1970, quando entrou em profunda crise fiscal, junto com a crise do estado, que progressivamente foi perdendo legitimidade (FALK; PUSTAI, 2013).

Cabe ressaltar que nessa conjuntura, em que as reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos, deu-se também uma ampliação de cobertura que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais (PAIM et al., 2011). Entre 1970 e 1974 foram reformados e construídos hospitais com recursos do orçamento federal, dos quais a atenção à saúde ficou a cargo também de sindicatos e instituições filantrópicas ofereciam assistência à saúde a trabalhadores rurais (PAIM et al., 2011). Tem-se também nestas ações os elementos que geraram a crise de Financiamento na época:

Foi os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o

que levou a expansão da oferta dos cuidados médicos e á proliferação de planos de saúde privados. A maior cobertura da previdência social e um mercado de saúde baseado em pagamentos e prestadores do setor privado com base nos serviços realizados (fee for service) geraram uma crise de financiamento, que associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou os anseios pela reforma (PAIM et al., 2011, pp 17-18).

A partir desses fatos históricos é importante ressaltar que em meados da década de 70 já se iniciava o avanço das lutas democráticas no País, as quais, no campo da saúde, tiveram importantes desdobramentos, como a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, graças à organização dos profissionais da área nas universidades e de sua participação no movimento popular pela Reforma Sanitária. (FALK; PUSTAI, 2013) A partir desse movimento, de forma gradual e lenta que se estabelece o significado de saúde na perspectiva do seu reconhecimento enquanto direito e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde do usuário. A partir da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde iniciou-se essa perspectiva, a nível mundial, de enfatizar saúde como o:

[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade – é um direito fundamental, e que a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p.1).

Esta conferência evidenciou a mútua dependência da saúde com o desenvolvimento econômico e social, sendo a primeira causa e consequência da melhoria das condições e da qualidade de vida dos sujeitos na prevenção, no desenvolvimento social e nos cuidados de saúde. Nessa conjuntura, no Brasil, na década de 80, alinhado com as mudanças de paradigma da saúde, através de movimentações e de lutas, diante da crise política econômica e social do país, denunciava-se as precárias condições de saúde da população e propunha-se estratégias para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tendo em sua primazia a descentralização, a universalização e a unificação do setor. Esse processo de enfrentamento e a proposição de alternativas em saúde ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária:

[...] 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).

De acordo com Paim et al. (2011, p. 18), “a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público”. Essa concepção caracteriza o processo saúde-doença como um processo social, não mais limitado apenas às condições clínicas, pois engloba a todas as demais determinações, abrangendo as inúmeras relações existentes entre o sujeito e o meio no qual ele vive, além de suas relações com os demais indivíduos.

Outro ganho que o Movimento da Reforma Sanitária impulsionou, foi a realização em 1986, no Brasil, da VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foi discutido, dentre outros temas, a saúde como direito universal. A partir desta conferência e até os dias de hoje, adotou-se que:

[...] em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986)

Nesse sentido, mediante a ação e participação nacional para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, os princípios de universalização, descentralização, participação, e o conceito de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, foram objeto de uma grande mobilização para que fossem adotados na elaboração da nova Constituição Federal, no período da transição para a democracia. Nessa perspectiva de conceito de saúde, segundo o modelo da determinação social da doença, o processo de saúde-doença pode ser entendido como uma:

“realidade concreta expressa em grupos sociais marcados por traços socioeconômicos particulares, que evidenciam as suas similaridades em termos de condições materiais de vida e condições materiais de trabalho” (SANTOS, apud DIAS, 2015, p.3).

É importante ressaltar que o Projeto de Reforma Sanitária no Brasil, o qual tem por premissa defender a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais, baseando-se na concepção ampliada de saúde, foi iniciado ainda na década de 1970 conforme mencionado anteriormente. No entanto, ele adquiriu forças somente após a aprovação da Constituição Federal de 1988, onde culminou, posteriormente, com a implementação do SUS, uma de suas principais estratégias. A Constituição representa

uma mudança de paradigma nos direitos sociais da população brasileira, tratando-se de um marco histórico em relação à cidadania. Conforme disposto em seu artigo 196,

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

A partir dela a realidade da saúde para os cidadãos foi modificada, conhecida por Constituição Cidadã devido a sua construção democrática e por ser considerada avançada no que diz respeito aos direitos e garantias do cidadão. A Constituição Federal promulgada em 1988 apresentou um novo modelo de proteção social, a qual pode ser definido como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CF 1988, Art. 194) - (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194 da CF),

Através do artigo nº 194 assegura direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, com base nos princípios da universalidade, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação no custeio, diversidade na base de financiamento, caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988).

Contudo, observa-se que embora esses princípios estejam na CF de 1988 eles, muitas vezes, não são concretizados, uma vez que a seguridade social brasileira é materializada como uma mescla dos dois modelos europeus de seguridade social, ou seja, os direitos de caráter universal e integral da lógica Beveridgiana, que estão no sistema público de saúde e na assistência social, e a previdência social que é baseada na lógica do modelo bismarkiano com os direitos derivados do trabalho.

A saúde, enquanto política pública é assegurada como direito social pelo artigo nº 6 da Constituição Federal de 1988: “[...] são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]”. Houve uma inovação na aplicação do princípio da Seguridade Social, que rompe com a lógica histórica de cidadania regulada do seguro social: direito à saúde somente àqueles

que, pela sua condição de trabalhador, são contribuintes da saúde, que naquela época, pré CF 1988, interligava-se com a previdência social. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, com o caráter de acesso universal – cidadania plena - da saúde, dividiu-se o sistema em modos de atenção.

Considerando-se os três diferentes níveis de Atenção à Saúde: Atenção Básica (AB), Média Complexidade (MC) ou Alta Complexidade (AC), Falk e Pustai (2013) apontam que apesar da extensão de cobertura no nível de atenção primária, há limitações de acesso aos níveis secundário e terciário do sistema de saúde, principalmente para população mais pobre e marginalizada. Os autores apresentam como solução a melhora na regulação, que garanta assim fluxos adequados a todos os níveis de complexidade tecnológica do sistema, fluxos de referência e contrarreferência claramente normatizados e funcionando para que o acesso seja garantido a todos, com o aumento da oferta de resolatividade dos serviços, principalmente no nível ambulatorial especializado.

O que ocorre é que na atualidade persiste o modelo hegemônico assistencial em saúde no Brasil baseado em um modelo médico centrado que tem como característica o hospital como centro da organização dos serviços de saúde e tido como “desvinculado” desta rede. Também as ações em saúde são predominantemente curativas nas ofertas de serviços, em detrimento da prevenção e promoção em saúde que são residuais e às vezes inexistentes. Nesse sentido, a organização do trabalho é fundamentada na prática médica – poder médico – e os demais profissionais assumem um caráter subordinado a esta categoria (TEIXEIRA, 2004).

Nesse sentido, ao trabalhar no equipamento de média-complexidade do SUS, a acadêmica percebeu a perspectiva médico centrada do modelo de saúde assistencial hegemônico muito presente na dinâmica da instituição. A acadêmica acompanhou o trabalho de uma assistente social e pode perceber no dia-a-dia os maiores desafios se encontram na materialização dos direitos dos usuários, considerando as novas articulações entre público e privado e os diferentes interesses que estão em disputa na sociedade, permeado de avanços e retrocessos na materialização dos direitos dos mesmos. Além disso, foi possível perceber a visão negativa e preconceituosa em relação aos serviços públicos, inclusive pelos usuários, a qual no cotidiano através do trabalho da assistente social, muitas vezes socioeducativo é possível defender a materialização os avanços conquistados pelo SUS legalmente e contribuir para sua operacionalização.

Dentre os avanços conquistados, apesar dos limites a partir da implementação, o SUS conseguiu “melhorar amplamente o acesso à atenção básica e de emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país” (PAIM et al., 2011, p. 11). Ademais, têm-se também um “grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde” (PAIM et al., 2011, p. 11), a qual é evidente com a Lei 8142 que trata da participação social.

Em que pese o aumento do acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira a partir do Sistema Único de Saúde, ainda há muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal. Conforme o Paim (2011), a implementação do SUS foi complicada pelo apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e pelo subfinanciamento crônico. Nesse sentido, para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado (PAIM et al., 2011, p. 11).

A questão central é a disputa de forças sociais e políticas que se dá entre um conjunto que defende o modelo assistencial baseado nas diretrizes do SUS, a qual representam um Sistema Nacional de Saúde, que tem algumas semelhanças com os modelos de saúde inglês, canadense e italiano e um outro conjunto de forças políticas, predominantemente do campo liberal em saúde, no Seguro Privado de Saúde e todas as suas variáveis mercadológicas. A questão que Falk e Pustai (2013) colocam é que o primeiro conjunto é generoso na proposta e tímido no financiamento, contradição esta que cria um ambiente favorável para o desenvolvimento do segundo conjunto. Também abordam que sem aumento do financiamento público, o SUS não tem como cumprir o que está previsto em todas as suas diretrizes.

Dessa forma, o setor público, mantidas as atuais condições, não dispõe de todos os serviços necessários para compor um sistema de saúde completo. Acaba contratando, por necessidade, muitos serviços do setor privado, que podem e devem ser aproveitados quando esgotadas as possibilidades do setor público, e dando-se preferência aos de caráter

não lucrativo. Contudo, conforme Falk e Pustai (2013) e de acordo com a experiência da acadêmica, sabe-se que boa parte dos serviços privados ainda não se submeteram plenamente às diretrizes do SUS, seguindo uma lógica de mercado, nesse sentido cabe aos profissionais captarem as contradições presente nas instituições e buscarem atuar na perspectiva da real operacionalização do SUS e defesa do direito à saúde da população atendida.

Diante do exposto até aqui, pode-se pontuar algumas considerações, a primeira é que faz-se necessário “manter a grande rede hospitalar privada conveniada com o SUS, mas, no atendimento ambulatorial no nível de atenção primária, é necessário e desejável ampliar o investimento em serviços públicos” (FALK; PUSATAI, p. 17), aponta-se assim uma perspectiva de hegemonização do setor público na área. A segunda refere-se a necessidade de formar profissionais com uma nova mentalidade para atender às novas diretrizes do SUS, da qual perpassa pela disposição em trabalhar em equipes multiprofissionais à enfrentar o processo saúde-doença em sua real complexidade, o que significa esses terem conhecimento de todos os determinantes sociais, econômicos, biológicos, psicológicos, ecológicos e culturais que definem o perfil epidemiológico da população, bem como um conhecimento sobre as possíveis estratégias de intervenção. Ademais, se faz necessária pensar a respeito da integralidade¹, também no sentido de que para caminhar para o enfrentamento da situação social muito precária do Brasil é preciso considerar que as políticas de saúde devem estar articuladas com outras políticas sociais.

Tendo em vista esses apontamentos, a monografia em questão apresentará as contribuições do trabalho do assistente social no contexto hospitalar para a garantia do direito à saúde, a partir do conceito ampliado de saúde e tensionamento ao modelo médico-centrado nas equipes multiprofissionais. Entende-se que para fomentar o debate acerca do conceito ampliado de saúde e da atuação do assistente social nas equipes multiprofissionais é primordial discutir sobre os Determinantes Sociais em Saúde, os quais particularizam o trabalho profissional nessa área. A concepção dos Determinantes

¹ Considera-se a definição de integralidade contemplada pelas bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira em quatro aspectos, conforme PAIM (2011, p. 18): a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde composta por níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis da complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

Sociais em Saúde não é estanque e varia de autor para autor, assim para melhor desenvolver o tema apresenta-se neste capítulo o desenvolvimento histórico do conceito de determinantes sociais da saúde e as diferenças acerca do seu entendimento, com enfoque para o conceito que orienta a presente monografia.

2.1 O Desenvolvimento Histórico do Conceito de Determinantes Sociais da Saúde

Ao longo do tempo, várias teorias interpretativas sobre o processo saúde-doença foram elaboradas, tendo em vista a busca por estudar a distribuição de doenças e suas causas nas populações. Os modelos de análise, métodos e instrumentos que permitem explicar esses processos saúde-doença se encontram fundamentalmente, na disciplina científica da Epidemiologia, que tem como objeto de conhecimento e de práticas a produção e distribuição das doenças e dos riscos no plano coletivo (DIAS, 2015). Na Lei Orgânica da Saúde no Brasil, Lei n.º 8.080/1990, a Epidemiologia tem sido explicitamente utilizada como referencial para a fundamentação das ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Porém, embora a Epidemiologia tenha sido consolidada como saber científico, subsidiando práticas de saúde pública e coletiva, nem sempre esteve presente essa perspectiva coletiva como objeto de estudo. Conforme observa-se na sua evolução histórica como campo de saber, mediante quatro modelos de análise, a saber: o modelo monocausal, multicausal, história natural das doenças e o modelo da determinação social da doença. Nos primeiros modelos identifica-se que a Epidemiologia foi utilizada para buscar legitimidade do discurso clínico, na ótica de uma concepção biologicista que vigorou por um longo período da história, levando a reflexão epistemológica trilhar caminhos diferentes, sem fazer uma articulação em um primeiro momento com as ciências sociais.

Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), no século XIX, vários foram os paradigmas que buscaram explicar os processos de saúde, dentre os quais predominava, a teoria miasmática, que buscava estabelecer relações entre as mudanças sociais e as práticas de saúde observadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização, ocorridos naquele momento histórico. De acordo com essa teoria, o conceito de miasmas reforçaria as ações de saúde pública e justificaria estudos sobre a contaminação de água e dos alimentos, bem como, sobre os riscos ocupacionais.

De acordo com Virchow, cientista vinculado a esta teoria, Buss e Pellegrini Filho (2007) identificam que este referia que as ciências médicas são intrínseca e essencialmente uma ciência social e, sob essa perspectiva, as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença dos sujeitos. Dá-se a devida relevância, uma vez que interferem na vida dos sujeitos e, sendo assim, devem ser submetidos a pesquisa científicas, visando uma prática implicada na intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população.

Nas últimas décadas do século XIX, Buss e Pellegrini Filho (2007), apontam a emergência de um novo paradigma para explicar o processo saúde-doença, a partir do trabalho de bacteriologistas como Koch e Pasteur, denominado de “paradigma bacteriológico”. Este modelo é conhecido como monocausal, surge no período de 1870/1950 com base na concepção de que as doenças se relacionam com causas biológicas, centra explicitação da doença em um único fator: o agente biológico. A condição para o desenvolvimento da doença é a penetração desse agente externo/biológico no organismo do indivíduo, causa então do desequilíbrio em seu corpo.

Neste modelo a preocupação é com a doença em si e não com as condições de vida do doente, sendo assim a concepção de doença é delimitada ao biológico e a medicina é então uma prática biológica, (científica e incorpora a visão de mundo racionalista e mecanicista) a qual se impõe que as causas sociais da doença são secundárias, não importando para o processo de cura. Conforme Costa (2010) esta perspectiva embora destacasse aspectos relacionados à idade, raça, sexo, etc., não considerava as condições de vida e de trabalho das pessoas. Tal pensamento:

[...] Reduzia e explicava os problemas de saúde a partir da relação agente/hospedeiro circunscritos a um determinado ambiente. Nesse sentido passou-se a formatar as modalidades de enfrentamento dos problemas de causa e efeito, predominantemente baseado no pensamento clínico e na intervenção médica (COSTA, p. 60, 2010).

Outro modelo emergente para explicar o processo saúde-doença é o modelo multicausal, a qual dá grande ênfase na avaliação estatística e quantitativa das variáveis do processo saúde-doença e ignora o peso e a hierarquia dos fatores de origem social e de origem biológica. Diferencia-se do modelo anterior por considerar não apenas um determinante para as doenças, mas vários.

Diferencia-se por incorporar os fatores socioeconômicos, culturais, físicos, químicos, estabelecendo nexos entre os modos de adoecer (tipos de doença, frequência, gravidade, etc.) e as condições de trabalho e as condições materiais de vida (moradia, salário, alimentação, educação, saneamento, etc.), embora procure traçar entre os mesmos relações de natureza apenas quantitativa (DIAS, 2015)

Nos anos 50 do século XX emerge o modelo de Leavell e Clark, conhecido desta forma devido a seus criadores médicos sanitaristas norte-americanos. Também denominado de história natural da doença, este se difere dos modelos anteriores pelo dinamismo dos processos de saúde-doença, expressos na relação dos seus três elementos: o homem-hospedeiro, o agente patogênico e o meio. O modelo demarca dois momentos no processo de adoecimento: a fase pré-patogênica (equilíbrio ainda não rompido) e a fase patogênica (desequilíbrio estabelecido como manifestação de doença), na mesma lógica dos anteriores, a não considerar o caráter histórico e social dos processos saúde-doença. Paim (2011) abaixo evidencia os diferentes níveis de ação e intervenção:

No momento pré-patogênico, ou seja, antes da ocorrência da doença, seria possível desenvolver um conjunto de ações inespecíficas e específicas para evitar o aperfeiçoamento do problema. Essas medidas eram conhecidas como prevenção da ocorrência ou prevenção primária, compreendendo as ações de promoção e de proteção da saúde. No momento patogênico, poder-se-iam identificar uma fase anterior ao horizonte clínico, cuja detecção precoce da doença seria realizada mediante triagem (screening) e exames periódicos de saúde; uma etapa em que os sinais e sintomas permitiram o diagnóstico e a limitação do dano por meio da clínica, e finalmente, uma estágio em que poderiam restar sequelas para as quais caberiam ações com vistas a atingir uma adaptação possível. As medidas adotadas neste momento podem ser identificadas genericamente como prevenção de evolução ou como prevenção secundária recuperação da saúde) e prevenção terciária (reabilitação da saúde) (PAIM, 2011, p. 17)

Tendo em vista estes três modelos apresentados, consoante com Buss e Pellegrini Filho (2007), ou seja, o modelo monocausal, multicausal e da história natural da doença, há o predomínio do enfoque médico biológico na conformação inicial da saúde pública como campo científico, em detrimento dos enfoques sócio políticos e ambientais. Não obstante, observa-se ao longo do século XX, uma permanente tensão entre as diversas abordagens. Explicita-se esta questão a ocasião da criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, na qual percebe-se forte domínio do enfoque biológico, individual e tecnológico, alternado com outros fatores sociais e ambientais.

No debate da época, questionava-se, se a saúde pública deveria tratar do estudo de doenças específicas, baseando-se, fundamentalmente, na microbiologia e na teoria dos germes, ou se os estudos deveriam centrar-se na influência das condições sociais,

econômicas e ambientais, na saúde dos indivíduos. Ao que se refere o entendimento de saúde, na fundação da OMS, por exemplo, identificava-se a existência de segmentos que defendiam uma concepção ampliada de saúde para além de um enfoque centrado na doença, a qual evidencia-se uma preocupação com os determinantes nas condições de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Este conceito ampliado de saúde, também é decorrente das mudanças ocorridas nas sociedades a qual levaram à necessidade de uma definição mais abrangente de saúde, não reduzida à esfera biológica do indivíduo, mas um conceito novo, em que saúde é vista como resultante das condições de vida dos sujeitos. Assim sendo, emerge a partir dos anos 1970, especialmente na América Latina, o modelo da determinação social da doença, o da chamada Epidemiologia Social (baseada na determinação), a qual se contrapõe à Epidemiologia Clínica tradicional (baseada na causalidade), supera-se a concepção da mera relação de causa-efeito para explicar o adoecimento e a morte. A visão do modo de adoecer passa a ser um processo que tem como elemento modelador a estrutura social.

O processo saúde doença é entendido como uma “realidade concreta expressa em grupos sociais marcados por traços sócio-econômicos particulares, que evidenciam as que evidenciam as suas similaridades em termos de condições materiais de vida e condições materiais de trabalho” (SANTOS, apud DIAS, 2015, p.3).

Nesse modelo, o nível de saúde seria decorrente da estratificação social, a qual a partir da desigualdade econômica (caracterizada pela posição que o indivíduo ocupa) determinaria uma desigualdade de acesso aos fatores de boa ou má saúde, implicando o aumento das iniquidades da área. Passa-se a considerar nesta ótica da determinação as condições materiais de vida dos indivíduos, à saber: as relações de trabalho, alimentação, moradia, lazer, educação, transporte, etc. A partir desta ótica, faz-se necessário desenvolver políticas intersetoriais (econômicas, de emprego, de renda, moradia, educação, etc.), para combater as desigualdades, das quais reconheçam o direito do cidadão a saúde e garantam sua participação para que possa colaborar com a transformação da sociedade.

A partir desse conceito a visão da saúde na sua dimensão coletiva é possível relacionar medidas importantes para soluções dos problemas de saúde, da sua promoção e proteção e reconhecimento desta como bem comum. Compreende-se o que significa o processo saúde-doença e quais suas relações com a saúde e com o sistema de serviços de saúde. Em suma, ao que se refere à determinação causal, pode-se dizer que este termo “representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde

e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade” (ALMEIDA, CASTRO e LISBOA, 1998, p. 11).

Atualmente, tem-se um consenso sobre a importância dos DSS na situação de saúde, a qual, conforme Buss e Pellegrini Filho (2007), foi construído ao longo da história. Os estudos destes foram postos em destaque no final dos anos 1970 com a Conferência de Alma-Ata, e na década de 1990, com o debate sobre as Metas do Milênio, proposta pela Organização das Nações Unidas – ONU, a qual somente em 2005 cria a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH). Tal comissão objetiva evidenciar

O que pode ser feito para promover a igualdade na saúde e promover um movimento global para alcançá-la, resulta da colaboração à escala mundial de agentes responsáveis pela elaboração de políticas, investigadores e sociedade civil conduzidos por Comissários [...] a ênfase da sua atenção abarca países de todos os níveis de rendimento e desenvolvimento [...] A igualdade na saúde é um problema para todos os países e é significativamente afetada pela economia global e os sistemas políticos. (OMS, 2010, p. 01)

A Comissão Sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, objetiva identificar, em escala global, os aspectos de Determinação Social, e propor ações de intervenção com vistas a alcançar a meta da igualdade na saúde. Atribui responsabilidade a diferentes atores: governos, sociedade civil, OMS e outras organizações internacionais para atuarem juntos no esforço comum de agir para a melhoria das condições de vida dos cidadãos do Mundo (OMS, 2010). Entende-se a importância da atuação da comissão no que tange a promoção do entendimento sobre Determinantes Sociais, elencando quais são e a importância de seu enfrentamento, porém propõe a redução das desigualdades de saúde em “uma geração” sem, contudo, especificar um prazo de tempo.

É preciso ter clareza que a conjuntura político-econômica propiciou a iniciativa da OMS ao que se refere o incentivo a políticas de combate às iniquidades sociais e fomentação do debate sobre os determinantes sociais. Buss e Pellegrini identificam que na década de 80 esteve estagnado o debate a temática justamente pelo predomínio do enfoque da saúde como bem privado, em que prevalece a assistência médica individual. Os objetivos da OMS de promoção da justiça social se reafirmam com o apoio dos diversos países, em particular o Brasil com seu pioneirismo no estudo dos DSS em saúde.

Assim sendo, na mesma linha da OMS, em 13 de março de 2006, no Brasil, através de Decreto Presidencial, foi estabelecida a Comissão Nacional Sobre Determinantes

Sociais da Saúde – CNDSS. Conforme BUSS e PELLEGRINI FILHO, (2007, p. 88) o Brasil em resposta ao movimento global criou a comissão a qual constituiu um Grupo de Trabalho Intersetorial, composto por diversos ministérios relacionados aos DSS, além dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS), com o objetivo de contribuir para a formulação de políticas e programas que promovam a equidade em saúde, gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil; e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema.

O fato de o Brasil ser o primeiro país a criar sua própria Comissão, integrando-se precoce e decisivamente ao movimento global em torno dos determinantes sociais da saúde (DSS) desencadeado pela OMS, responde a uma tradição do sanitarismo brasileiro. De fato, desde o início do século passado, os sanitaristas brasileiros vêm se dedicando a aprofundar o conhecimento das relações entre os determinantes socioeconômicos e a situação de saúde e a desenvolver ações concretas, baseadas nesse conhecimento. Mais recentemente, inspirados por essa tradição, diversos setores da sociedade se articularam em um movimento de reforma sanitária, que contribuiu decisivamente para a inclusão na Constituição de 1988 do reconhecimento da saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundado nos princípios de solidariedade e universalidade. (CNDSS, 2008, p. 10)

Nesse sentido, a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde se inscreveu nesse processo de desenvolvimento da reforma sanitária. O que se expressa por sua constituição diversificada “integrada por dezesseis expressivas lideranças de nossa vida social, cultural, científica e empresarial” (BUSS;PELLEGRINI FILHO, 2007), sendo então sua composição uma expressão do reconhecimento de que a saúde é um bem público construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira (CNDSS, 2008).

Em se tratando de propostas para redução das iniquidades em saúde, a CNDSS em seu relatório final intitulado “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil” de abril de 2008, recomenda que a atuação sobre os determinantes sociais deva ser baseada em três pilares fundamentais: ações intersetoriais que visem à melhoria da qualidade de vida e saúde; a participação social e a promoção da autonomia dos grupos mais vulneráveis da população; e a evidência científica, que incorpore a produção sistemática de informações e conhecimentos sobre as relações entre os determinantes sociais e a saúde, bem como a avaliação das intervenções produzidas (CNDSS, 2008).

Também o documento intitulado “Declaração Rio”, resultado da “1ª Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde” sediada no Brasil, de outubro de 2011, traz ações estratégicas para combater as desigualdades em saúde. Elenca-se no documento cinco áreas para o alcance da equidade em saúde: melhorar a governança no campo da saúde e do desenvolvimento; fomentar a participação social na formulação e implementação das políticas públicas; promover a construção de sistemas de saúde orientados para a redução das iniquidades em saúde; fortalecer a governança e colaboração global para a saúde; e monitorar os avanços (OMS, 2011).

Apesar dos avanços trazidos dos debates da OMS e reafirmados pela CNDSS, algumas críticas têm sido dirigidas as suas abordagens em relação à forma como a temática dos determinantes sociais da saúde aparece em seu discurso. Para Nogueira (2009), o contexto político-econômico internacional no qual ocorre a retomada do tema fez com que, no próprio relatório da OMS, a análise dos determinantes sociais da saúde ocorresse de forma reducionista e fragmentada. Esse debate foi apresentado e discutido no posicionamento da Associação Latino-Americana de Medicina Social e publicado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde no ano de 2011 (CEBES, 2011), a qual solicita que o conceito de determinantes sociais não seja banalizado ou reduzido, mas que fosse lembrado que, por trás de todo reducionismo do conceito, estava uma clara ideia de mercantilização da vida.

Nessa mesma linha, Costa afirma que a perspectiva de análise presente no relatório da CNDSS “reduz os determinantes sociais a fatores sociais, ignorando a raiz das desigualdades sociais na sociedade capitalista” (COSTA, 2010, p. 112,), mas também apresenta o mérito da comissão em fomentar o debate acerca do tema, que segundo a autora está “colocada à margem dos debates formulações programáticas e decisões políticas sanitárias ao longo do processo de construção do SUS” (COSTA, 2010, p. 112). Ademais, a autora aponta a necessidade de efetivamente empreender-se esforços para socializar o debate acerca dos determinantes sociais e a importância de pensar como incorporá-los às formulações programáticas e práticas em saúde no atual contexto do SUS.

Almeida-Filho (2002) apud BUSS (2007, p. 80) atenta para o fato de que de nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se

desenvolve uma sociedade e a situação de saúde de uma população. Tal avanço "é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. (WHITEHEAD, 2000, apud BUSS, 2007, p. 80)

A centralidade das iniquidades em saúde, segundo Nancy Adler (2006) apud Buss (2007, p. 80-81), podem ser identificadas em três gerações de estudos: 1) A primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; 2) A segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; 3) E, a terceira e atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades. Considerando a atual geração, Buss (2007, p. 82-83) atenta para o fato de que há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através das quais os DSS provocam iniquidade de saúde, dentre as quais, destaca as seguintes:

- a) A primeira delas privilegia os "aspectos físico-materiais" na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas.
- b) Outro enfoque privilegia os "fatores psicossociais", explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde.
- c) Os enfoques "ecossociais" e os chamados "enfoques multiníveis" buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica.
- d) Finalmente, há os enfoques que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos.

Destaca-se que esses estudos identificaram o desgaste das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Nesse sentido, Buss (2007) revela que países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Nesse sentido, esses estudos "[...] procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social" (BUSS, 2007, pp. 82-83).

Referente ao estudo sobre iniquidades, na tentativa de esquematizar as relações entre os diversos fatores analisados nos diferentes enfoques citados acima sobre o tema, alguns modelos² foram criados levando em consideração, principalmente, os Determinantes Sociais em Saúde. O próximo capítulo apresenta o modelo que orienta a presente monografia, além de abordar as concepções distintas acerca do entendimento dos Determinantes Sociais da Saúde, a qual atenta para o fato de que seu conceito está em disputa.

2.2 Determinantes Sociais de Saúde: Um Conceito em Disputa

As diversas definições acerca dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) apontam para uma relação direta que expressa, com maior ou menor ênfase, que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Buss e Pellegrini Filho (2007), ao tratarem dos DSS, apontam que existe uma tentativa de estabelecer hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política e o modo pelo qual esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, não havendo uma simples relação direta de causa-efeito.

Os autores mencionados, também apontam que não basta “somar” os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os determinantes de saúde no nível da sociedade. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007) fatores individuais são relevantes para identificar que indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, no entanto, os autores atentam que as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, como grau de equidade na distribuição de renda. Os autores citam o exemplo do Japão, a qual colocam que “é o país com a maior expectativa de vida ao nascer, não porque os japoneses

² Há uma vasta literatura sobre aspectos conceituais e modelos de referência relacionados aos determinantes sociais e iniquidades em saúde, que foi revisada pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS e pode ser encontrada em: http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/index.html . Recomenda-se, em particular, o texto preparado pela secretaria técnica dessa Comissão, denominado “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, de abril de 2007, encontrado em: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf (CNDSS, 2008)

fumam menos ou fazem mais exercícios, mas porque o Japão é um dos países mais igualitários do mundo” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81-82)

Segundo Buss (2007) é preciso considerar que as importantes diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois, se encontrarmos esses fatores (hábitos de fumar, dieta, sedentarismo etc.), as diferenças entre estes estratos sociais permanecem quase inalteradas, conforme revela o estudo de Rose e Marmot (1981) apud Buss (2007, p. 82):

O clássico estudo de Rose e Marmot (1981) sobre a mortalidade por doença coronariana em funcionários públicos ingleses ilustra muito bem esta situação. Fixando como um o risco relativo de morrer por esta doença no grupo ocupacional de mais alto nível na hierarquia funcional, os funcionários de níveis hierárquicos inferiores, como profissional/executivo, atendentes e outros, teriam risco relativo aproximadamente duas, três e quatro vezes maiores, respectivamente. Os autores encontraram que os fatores de risco individuais, como colesterol, hábito de fumar, hipertensão arterial e outros explicavam apenas 35 a 40% da diferença, sendo que os restantes 60-65% estavam basicamente relacionados aos DSS.

Partidário dessa compreensão, Tarlov (1996), afirma que "os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.78). Nesta mesma linha, a Comissão Homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) aborda o termo enquanto “as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo aquelas relacionadas ao sistema de saúde” (OMS, 2011, p.2), essas apontadas pela OMS como promotoras da maior parte da carga de doenças, bem como as iniquidades em saúde.

Nesse sentido, a Comissão aborda que há determinantes mais importantes que outros, dos quais destaca os que estratificam a sociedade - os determinantes estruturais - tais como a distribuição de renda, a discriminação (por exemplo, com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências) e estruturas políticas ou de governança que alimentam - ao invés de reduzir - as iniquidades relativas ao poder econômico. Tais mecanismos estruturais, segundo a OMS, influenciam a posição social dos indivíduos e são motivo da mais profunda das iniquidades em saúde. As discordâncias dadas a esses mecanismos moldam a saúde dos indivíduos através de - determinantes intermediários - como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde (OMS, 2011). A OMS aborda que essas circunstâncias

são influenciadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos nos níveis global, nacional e local, que, por sua vez, é moldada pelas políticas vigentes.

Outra definição, mais ampla, é adotada pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), a qual “os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco a população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78), esta concepção adotada pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), a qual aborda aspectos que de alguma forma tornar-se-ão fomentadores das desigualdades em saúde. A CNDSS adota um modelo de referência para desenvolver seus estudos a respeito desta temática, este proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).

Tal modelo dispõe os DSS em diferentes camadas. Uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada onde se situam os macrodeterminantes. São identificados cinco níveis de atuação que conforme Buss e Pellegrini Filho (2007) apesar de ter fácil visualização gráfica (figura 1) dos diversos determinantes, não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades. A CNDSS justifica a escolha do modelo por sua simplicidade e fácil compreensão para vários tipos de público, além de indicar outros modelos revisado pela Comissão sobre DSS da OMS, conforme aborda em seu relatório intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil” de 2008.

FIGURA 01: DETERMINANTES SOCIAIS: MODELO DE DAHLGREN E WHITEHEAD.



Extraído de: CNDSS, 2008.

No modelo proposto por Dahlgren e Whitehead apud Buss e Pellegrini Filho (2007), na base estão os microdeterminantes sociais, compreendido pelas características próprias e individuais de cada sujeito, como idade, sexo, fatores hereditários e genéticos. Esses aspectos permite comparar, por exemplo, um grupo de idosos e um grupo de jovens, a qual a situação de saúde desses grupos vão ser diferentes, mas são colocadas por Buss como desigualdades aceitáveis e normais, diferentemente, das camadas subsequentes. Posterior a esse nível, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais, a qual segundo os autores as atitudes e ações tomadas estão intimamente ligadas a determinantes sociais, das quais destacam - informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc, sendo entendidas erroneamente como apenas de responsabilidade individual.

A camada seguinte, destacam as redes comunitárias e de apoio, esta se refere às relações humanas - amizades, apoio em casa ou no trabalho - das quais a maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, intermediário, estão situados os aspectos que, podem ser compreendidos, como os determinantes sociais da saúde de fato, relacionados a condições de vida e de trabalho, da qual os autores abordam que pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde. Esses aspectos envolvem o acesso dos sujeitos aos bens e serviços essenciais para manutenção da saúde: acesso à habitação adequada, acesso à educação, acesso à renda, disponibilidade de alimentos, acesso a água com boa qualidade e a saneamento básico entre outros. Finalmente, na última camada, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre os demais níveis e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização.

Alicerçados nesse modelo, Buss e Pellegrini Filho reforçam a ideia, do que se sabe ao longo da história, de que saúde é determinada socialmente, ocasionada pelas condições de vida e de trabalho das pessoas, abordadas por eles como produto das ações humanas e que portanto podem ser transformadas pela ação humana. Nessa perspectiva, doença não se distribui aleatoriamente na população, considera-se que não é todo mundo que tem o mesmo risco de ficar doente ou de morrer cedo, algumas pessoas adoecem precocemente, algumas pessoas vivem muitos anos menos que outras, porque ocupam posições sociais diferentes, justamente porque suas condições de vida e de trabalho são diferentes.

Outro conceito que discute a questão de determinação social de saúde é apresentado por Mioto e Nogueira (2009)

Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômicos e culturais, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado. (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 229).

As autoras referendam a importância de considerar, além dos condicionantes biológicos que em muitos aspectos são imutáveis, considerar o meio físico em que determinada população ocupa, bem como o acesso a equipamentos sociais. Além disso, as autoras reforçam a necessidade de estar atento às condições socioeconômicas de determinado território a fim de elencar os determinantes sociais da saúde que implicam naquele local. Outro aspecto importante elencado refere-se aos aspectos culturais, em âmbito individual e coletivo, apresentado por determinado sujeito ou comunidade.

Nogueira (2011) destaca que no plano internacional, especialmente na Europa, a relevância da relação entre DSS e as ações profissionais dos assistentes sociais, a qual é evidenciada através da inclusão de conferência plenária no Congresso Mundial de Serviço Social, realizado em julho de 2011, em Estocolmo, sobre o tema, com discussões trazidas pelo Professor Michael Marmot, um dos principais investigadores, a nível mundial, na área das desigualdades em saúde e dos determinantes. A autora mencionada aborda ainda sobre a articulação tímida entre as perspectivas críticas dos determinantes e a ação profissional do assistente social tanto na qualificação profissional como na produção acadêmica. Essa articulação para a autora é necessária e “viabilizaria, desde que tratada de modo rigoroso e crítico, estabelecer os nexos e mediações entre os objetivos profissionais no campo sanitário e os pilares das ações profissionais” – à saber: o direito à saúde, necessidades sociais em saúde e produção da saúde.

Ao que se refere ao **direito a saúde** é mediado pelas políticas públicas, reflete um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, sendo operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social (MIOTO; NOGUEIRA, 2011, p. 51). Quando pensado em relação às ações profissionais, já no campo da garantia das políticas de saúde, relaciona-se à forma de

organização dos sistemas de saúde, o que diz respeito ao conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos relativos à saúde da população e se materializam em institucionalidades particulares, visando alcançar resultados de acordo com a concepção de saúde existente entre a população e as formas de sua garantia (MIOTO; NOGUEIRA, 2011, p. 52).

Já as **necessidades sociais** em saúde abordadas a luz da perspectiva das ações profissionais, Mioto e Nogueira (2011, p. 52) a colocam como “relevante na medida em que apontam as pistas para o reconhecimento das reais demandas dos usuários, muitas vezes subsumidas por programas verticais, descontextualizados e definidos tendo como critérios necessidades outras que não as de saúde”. Nesse sentido, esses autores trazem referenciam Cecílio (2004, p. 28), a qual diz que os fatores determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde, classificando-as em quatro grandes conjuntos:

O primeiro são as condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades; o segundo diz respeito ao acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida; o terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculo deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa, fundada na dignidade humana e na igualdade intrínseca entre as pessoas; por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação (MIOTO; NOGUEIRA, 2011, p. 53).

Mioto e Nogueira (2011) abordam que há um limite nesta abordagem, mas reconhecem sua relevância para o debate sobre a organização dos sistemas e serviços de saúde, colocando que o assistente social o profissional é mais apto a reconhecer as demandas sociais e assistenciais não só dos segmentos populares usualmente desprotegidos das políticas de saúde, como igualmente da população como um todo. Por fim, tem-se a **produção de saúde**, sendo apresentadas por esses mesmos autores mencionados anteriormente como – sendo a autonomia e as condições de saúde as duas dimensões essenciais para avaliar os direitos sociais e o patamar de igualdade alcançado pelas formações societárias, a forma de produzir saúde como um fator importante (MIOTO; NOGUEIRA, 2011).

Junto com outros determinantes, é a finalidade precípua dos sistemas e serviços de saúde e pode ser entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas. Resulta em padrões saudáveis de existência, dificultando o surgimento de enfermidades e compreende as ações de vigilância à saúde voltada para a promoção e prevenção de enfermidades e mortes; as práticas de assistência à saúde – clínica e reabilitação, além dos

cuidados individuais de saúde; os atendimentos de urgência e emergência, em que práticas de intervenção imediatas, em situações limites, evitam morte e sofrimento (MIOTO; NOGUEIRA, p. 53, 2011).

Os autores ainda revelam que as dimensões de produção em saúde, estão ainda sob o domínio da hegemonia médica, tais dimensões da produção da saúde, a qual foram e são pensadas a partir unicamente dos fatores biológicos, sendo a referência para a organização e a avaliação dos serviços de saúde. Mas hoje, tem-se com mais força outra perspectiva, são reconhecidas as desigualdades sociais e seu impacto na forma de produzir saúde, sendo levados em conta nas decisões sobre a atenção à saúde quando há um respaldo democrático neste sentido, na linha do controle social. A este respeito, afirmam:

Como se vê, a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do século XX e já no XXI, com a emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria e da degradação social e das perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho. Mais que isso, envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres. Nesse sentido, é necessário apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo que a situação saúde/doença é uma representação da inserção humana na sociedade (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 13).

Os autores Nogueira e Miotto (2011) concluem nesse sentido que uma reflexão mais cuidadosa sobre os DSS, a partir de uma perspectiva crítica, poderá iluminar os conteúdos dos três pilares referidos, que contribuem com os princípios de universalidade e integralidade que estruturam a atenção universal e integral à saúde. A atuação profissional na área da saúde está fundamentada nesses pilares citados, os quais, se submetidos aos eixos teórico, ético-político e operativo da profissão, viabilizam sua concretude .

Outro conceito que discute a questão de determinação social de saúde é apresentado por Fleury e Teixeira (2009) a qual tem-se que o entendimento desta é antecedido por um entendimento de Determinação Social dos Indivíduos. Para o autor:

Essa determinação atravessa todas as dimensões da vida social. É possível considerá-la desde o nível mais amplo, em que se encontram as relações econômicas e macrosociais, que hoje são, certamente, definidas no plano mundial. As possibilidades para o desenvolvimento e realização de capacidades individuais, as expectativas, os valores e o próprio caráter das pessoas são profundamente marcados pela estrutura econômico-social geral, que é progressivamente mais mundial. Os padrões éticos em geral, os níveis de competitividade e solidariedade entre as pessoas, os padrões e perfis mais gerais de consumo, entre outros fatores, são certamente delineados neste nível macrosocial. (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 382).

Com base no exposto, entende-se que as diferentes dimensões da vida social encontram-se determinadas pelas relações econômicas, sendo que estas são construídas em nível macrossocial. Embora possa ser considerada a existência de escolhas individuais de cada sujeito e também as múltiplas diferenciações culturais existentes em cada país, as determinações econômicas se dão de forma globalizada. Para o autor a determinação social dos indivíduos irá implicar na determinação social da saúde.

Fleury-Teixeira (2009) separa os determinantes sociais da saúde em dois grupos: físico ou ambiental e psicossociais. O primeiro grupo corresponde aos aspectos ligados às condições de habitação, acesso (ou não) a habitação, condições de trabalho, nível socioeconômico entre outros. Com relação aos determinantes psicossociais o autor reitera “o grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações” (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p.384). Observa-se que diferentemente dos autores citados anteriormente Fleury-Teixeira não cita os determinantes biológicos ao referir-se aos Determinantes Sociais da Saúde, apresentando apenas aspectos que são construídos socialmente.

Outra perspectiva ao que se refere ao tema apresentado é as diferenciações entre determinantes e condicionantes sociais da saúde. A Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo terceiro, reitera a importância de considerar os dois conceitos:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bemestar físico, mental e social. (BRASIL, [1990], grifos nossos)

Embora o artigo 3º da lei que regulamenta o SUS vá ao encontro de outros conceitos de determinação social citados anteriormente, elencando diversos aspectos sociais que se colocam como reguladores das condições de saúde, a lei diferencia-se por afirmar que existem fatores que condicionam e fatores que determinam a saúde. Tem-se que a maioria das produções acadêmicas realizadas sobre essa temática centra-se no conceito de determinação social da saúde, havendo pouca produção teórica no campo dos condicionantes sociais da saúde. Na literatura utilizada observou-se que o conceito de condicionante sempre aparecia junto com o conceito de determinante social da saúde.

Outro conceito que discute a questão de determinação social de saúde é apresentado por Costa (2009) observa que as desigualdades sociais e, conseqüentemente, as desigualdades em saúde são geradas pelo modelo de sociedade existente. Com base no exposto, opta-se pelo conceito apresentado por Dahlgren e Whitehead apud Buss; Pellegrini Filho (2007) associado ao conceito de Costa (2009) para ser utilizado como fio condutor na realização deste trabalho. Compreende-se que as camadas de determinação social (apresentadas na figura 01, expressa anteriormente) de Dahlgren e Whitehead apud Buss; Pellegrini Filho (2007) expressam uma gama consistente e representativa das diversas expressões de determinação social existente, além da fácil representação gráfica, alinhado com o conceito de Costa se explicita de maneira mais completa a raiz das desigualdades em saúde existentes.

Assim, nos próximos capítulos serão utilizados esses conceitos, para além de outras conceituações discutidas ao longo desta monografia para analisarmos como o trabalho do assistente social no contexto hospitalar tem contribuído para a garantia do direito à saúde, a partir do conceito ampliado de saúde frente ao tensionamento do modelo médico-centrado nas equipes de composição multiprofissionais. Busca-se assim a responder particularmente como os assistentes sociais contemplam e intervêm nos determinantes sociais da saúde em seu trabalho profissional, quais desafios e as possibilidades vivenciados pelos assistentes sociais em seus cotidianos para concretização do conceito ampliado de saúde e quais são os principais subsídios teóricos-metodológicos para o trabalho profissional na área da saúde considerando as dimensões da competência profissional.

3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: CONSIDERAÇÕES SOBRE AS NORMATIVAS DO SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

O Serviço Social é uma profissão de nível superior, regulamentada pela Lei 8.666/2 de 7 de junho de 1993 (CFESS, 2012). Com duração mínima de quatro anos, o curso de graduação que o universitário realiza para tornar-se um assistente social, o confere o título de bacharel em Serviço Social. Após a conclusão do curso, têm-se como obrigatório para o exercício da profissão, o devido registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) do Estado em que se pretende atuar.

Após devidamente registrado, o profissional mencionado pode atuar em diversas áreas, tais como: saúde, previdência, educação, habitação, lazer, assistência social, justiça e etc. Diante dos variados espaços sócio ocupacionais para o exercício da profissão, compreende-se a formação em serviço social como intelectual generalista, de caráter interventivo, a qual se utiliza do instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais, para análise e intervenção em situações da realidade social (OLIVEIRA, 2008).

Sabe-se que mesmo com a variedade das áreas de atuação para os assistentes sociais, cabe a esses atuarem na políticas, serviços e programas sociais, assumindo competências e atribuições³. Os valores e diretrizes relevantes para o exercício profissional estão expressos nos diversos instrumentos normativos do Serviço Social (Código de Ética Profissional, CFESS/1993; Lei de Regulamentação da Profissão, nº 8.662/1993; e as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social, ABEPSS/1996), a qual constituem o Projeto Ético Político Profissional (PEP). Este Projeto regulamenta a atuação profissional do assistente social, conferindo-lhe embasamento legal, a fim de garantir o bom desenvolvimento dos processos de trabalho pertencentes à categoria.

O documento Atribuições privativas do/a assistente social em questão, publicado em 2012, pelo Conselho Federal de Serviço Social recupera alguns dos conteúdos mais significativos relativos às competências e às atribuições profissionais nos debates do

³ As atribuições privativas são aquelas que se referem diretamente à profissão, como a atribuição privativa de coordenar cursos, bem como equipes de Serviço Social nas instituições públicas e privadas. E competências são aquelas ações que os(as) assistentes podem desenvolver, embora não lhes sejam exclusivas (MATOS, p. 681, 2015).

Conjunto CFESS-CRESS. Nesta produção é abordado sobre o projeto profissional no que diz respeito ao redimensionamento e renovação do Serviço Social Brasileiro nas últimas décadas, refere-se a sua interpretação teórico-metodológica e política, sobre o forte embate com o tradicionalismo profissional, a qual também está posto na sua dimensão ética, expressa no Código de ética de 1993. Cabe ressaltar que os princípios deste código apontam para a necessidade de uma nova sociedade, que preconizam: a liberdade, como valor central, a democracia, a justiça e a equidade social, a cidadania e o pluralismo, esses princípios fundamentais ao exercício profissional.

O mesmo documento citado reúne discussões e preocupações as atribuições privativas do(a) assistente social, das quais trazem que a maioria dos assistentes sociais não conseguem diferenciar objeto profissional do institucional, confundindo com atribuições, das quais tem alguns não têm a devida clareza de seus objetivos e não definem planos de atividade. Nesse mesmo sentido, também aparece a falta de interpretação do art. 5 da Lei 8662/93⁴, a qual regulamenta a profissão. Aponta-se no documento que os serviços de orientação e fiscalização profissional indicaram como principais dificuldades vivenciadas nos incisos I, III, IV do art. 5, que se constitui área e matéria do Serviço Social. Este mesmo Artigo da Lei é referência tanto para as diretrizes curriculares, quanto para o debate da formação profissional, na perspectiva de um trabalho articulado.

É importante ressaltar a importância deste documento mencionado, uma vez que promove uma discussão sobre a particularidade da intervenção profissional na divisão social e técnica do trabalho, debater sobre essa questão se faz necessário principalmente pelo cenário atual em que vivemos, em que empregadores vêm buscando ditar como e de que forma devem trabalhar os(as) assistentes sociais (MATOS, 2015). Aborda-se a Lei de Diretrizes Curriculares da ABEPSS (Lei 9394) de 20 de dezembro de 1996 como adensamento ao que Matos refere anteriormente, a medida que a Lei apresenta as estratégias e técnicas de intervenção profissional, a partir de quatro questões

⁴ Lei 8662/93, "Art.5º. Constituem atribuições privativas do Assistente Social" I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria a órgãos de administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre matéria de Serviço Social. In: CRESS 7ª Região -RJ. Assistente Social: ética e direitos. Coletânea de Leis e Resoluções. Rio de Janeiro, Ed. Lidador, maio de 2000, p.33.

fundamentais: “o que fazer, porque fazer, como fazer e para que fazer” (ABEPSS, 1996, p. 14), nesse sentido revela que: “não se trata apenas da construção operacional do fazer (organização técnica do trabalho), mas, sobretudo, da dimensão intelectual e ontológica do trabalho, considerando aquilo que é específico ao trabalho do assistente social em seu campo de intervenção” (ABEPSS, 1996, p. 14).

Nesse sentido é importante ter clareza da função social da profissão e seu trato com as diferentes expressões da questão social, das quais a resposta às demandas da categoria está posta também no campo das competências da profissão, o que significa articular a dimensão ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa postas nas Diretrizes Curriculares do Serviço Social. (MATOS, 2015). A primeira dimensão citada diz respeito à caracterização do profissional na defesa dos princípios e valores da profissão regulamentadas em suas normativas, a partir de um posicionamento político sem neutralidade frente às questões que aparecem na realidade social, para que o profissional possa ter clareza de qual é a direção social do seu trabalho. Na segunda dimensão refere-se à atuação do assistente social interligada a um embasamento teórico, ou seja, parte da concepção da indissociabilidade unicidade entre teoria e prática, a qual engloba os conhecimentos teóricos necessários à efetivação de uma análise crítica da realidade. Na terceira segundo Lewgoy (2010, p. 172):

“[...] no escopo da dimensão técnico-operativa, a divisão entre saber e fazer se explicita.” Esta dimensão encontra-se vinculada aos elementos técnicos e instrumentais necessários ao desenvolvimento da intervenção profissional. Resumidamente, refere-se aos meios de trabalho utilizados pelo assistente social, os quais envolvem técnicas, conhecimentos e habilidades.

A autora ressalta que o instrumental técnico-operativo do Serviço Social consiste no conjunto articulado de técnicas, conhecimentos e habilidades que permitem a operacionalização da ação profissional do assistente social. Nesta dimensão é que se sustenta então a unicidade entre teoria e prática, a partir da apropriação do referencial teórico por parte do assistente social e de sua habilidade, este pode então materializá-lo em seu cotidiano profissional através da práxis, a partir de um trabalho com competência e de qualidade. Nesse sentido, revela-se a importância da busca por educação permanente e consolidação da identidade nos espaços de trabalho para a categoria, ademais significa estar articulado com os parâmetros de atuação da profissão e normativas que regulamentam a profissão.

Nessa perspectiva destaca-se os parâmetros da atuação do Assistente Social na Política de Saúde enquanto importante documento com vistas a responder “a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano no trabalho do setor saúde” (CFESS, 2010, pp. 9-10). O documento em questão foi fruto de discussões em todas as capitais brasileiras, na qual totalizam 52 debates pelo país que envolvem aproximadamente 5000 participantes (CFESS, 2010, p. 11). Estruturado em 4 itens conforme citação abaixo, tem-se nesses parâmetros uma análise breve da política de saúde e os principais desafios a serem enfrentados na atualidade, na sequência, embates teóricos-metodológicos que têm ocorrido no Serviço Social com repercussão na saúde, e posteriormente, como conteúdo central enfatiza-se sobre os parâmetros para atuação dos assistentes sociais na área da saúde, tendo por finalidade oferecer subsídios para ampliar o debate e possibilitar uma reflexão dos profissionais face às ações realizadas, bem como fortalecer o projeto ético-político do Serviço Social Brasileiro (CFESS, 2010, p. 65).

Este documento está estruturado em quatro itens. O primeiro, intitulado “Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais”, recupera a luta por saúde nos anos de 1980, a construção do Projeto de Reforma Sanitária e apresenta os impasses vividos dos anos de 1990 até os dias atuais. Já o segundo item aborda a discussão teórica e política presente no Serviço Social na Saúde, apresentando alguns desafios postos na atualidade para o fortalecimento do projeto ético-político e profissional. Intitulado “Atuação do Assistente Social na Saúde”, o terceiro item caracteriza, inicialmente, as atribuições e competências gerais do assistente social e, em um segundo momento, discute a intervenção do profissional na saúde, a partir de quatro eixos de ação, a saber: ações de atendimento direto aos usuários¹²; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional. Por fim, o texto aponta para “Algumas Reflexões”, fruto da elaboração realizada (CFESS, 2010, p. 12).

Ressalta-se que mediante a apresentação de um conjunto de atribuições e competências a serem realizadas pelo profissional de serviço social na saúde busca-se contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde, para a defesa da garantia dos direitos sociais, o fortalecimento da participação social e da luta das pessoas que em situação de maior vulnerabilidade social. Nesse sentido é que também se contribui para a viabilização do Sistema Único de Saúde, inscrito na Constituição de 1988 e nas Leis 8080 e n 8142, ambas de 1990. Ao fazer esta relação das intervenções profissionais com as conquistas históricas, chama-se a atenção de que é no “chão” do exercício profissional, ou seja, no cotidiano, que primeiramente se dá todo o agir histórico.

Cabe destacar, a partir dessas considerações sobre as intervenções do trabalho no setor saúde, antes de adentrar nas especificidades que orientam o trabalho do Assistente Social nessa área na contemporaneidade, os aspectos históricos que particularizam a profissão ao longo da sua trajetória nessa área. Tendo em vista que para entender as relações sócio históricas que influenciam o serviço social atualmente é preciso fazer algumas considerações históricas sobre como se constituiu a profissão na perspectiva do trabalho multiprofissional de saúde.

3.1 A Trajetória histórica do Serviço Social na Saúde

Ressalta-se essa necessidade em particular na área da saúde, uma vez que o serviço social é uma profissão cuja identidade é marcadamente histórica, sua relação com a área da saúde não é diferente. Martinelli (2003) aborda que a relação do serviço social com a área da saúde é histórica, evidenciando que a mesma é constitutiva de sua identidade profissional. Segundo a autora, foi o trabalho desenvolvido pelos visitantes domiciliares (home visitors) que deu visibilidade inicialmente ao Serviço Social na origem da profissão, nos Estados Unidos, a qual existem registros históricos de sua presença nas equipes de saúde, antes mesmo de finalizar a década de 1880. (MARTINELLI, 2003, p. 11). A autora remonta que no século XX, os assistentes sociais vinham trabalhando com as equipes de saúde no tratamento e profilaxia da tuberculose, tendo o assistente social conforme Bravo e Matos (2009, p. 3) “uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde”.

Somente em 1905, foi criado o primeiro Serviço Social Médico pelo Dr. Richard Cabot, a qual inseriu-se na estrutura organizacional do Hospital Geral de Massachussets. (MARTINELLI, 2003) Este reconhecia na ação do serviço social valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento médico-social dos pacientes ambulatoriais ou internados, considerando a profissão indispensável nas equipes de saúde, nesse sentido vários hospitais adeptos a tese do referido doutor passaram a demandar a presença daqueles profissionais. (MARTINELLI, 2003, p. 11). Apesar da importância dada aos assistentes sociais na atuação no âmbito hospitalar já evidenciado nesta época, uma vez que os assistentes sociais já atuavam na área da saúde antes da criação da primeira Escola de Serviço Social em 1936, na cidade de São Paulo, os anos

30 a 45, que caracterizam o início da profissão no Brasil, não foram o período que concentrou maior quantitativo de profissionais na área, mesmo com a formação profissional se pautando, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à Saúde. (BRAVO; MATOS, 2009).

Contudo, foi na mesma década de expansão da profissão, a partir de 1945, que se dá a ampliação da ação profissional na Saúde, transformando-se no setor que mais vai absorver os assistentes sociais (BRAVO; MATOS, 2009). Esta expansão se deve a alguns fatores, o primeiro se dá devido às condições gerais dadas pela conjuntura, relacionada às exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial (BRAVO, 2007, p. 28). O segundo se refere ao “novo” conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, que dá enfoque para os aspectos biopsicossociais, fator importante para requisição de outros profissionais para atuar no setor, no caso, o assistente social. (BRAVO, 2007, p. 28).

Nesse mesmo período de expansão da profissão, a influência norte-americana na profissão substitui a europeia, tanto no nível de formação profissional - com alteração curricular - como nas instituições prestadoras de serviço. Com relação ao ensino e a profissão nos Estados Unidos, BRAVO (2007, p. 28) coloca que os profissionais haviam atingido grau mais elevado de sistematização, ademais, ali, na ação profissional, o julgamento moral com relação a população-cliente era substituída por uma análise de cunho psicológico. É nesse contexto que têm-se a implementação no país de um novo modelo de saúde, no qual o hospital passa a ser o centro de referência da prática médica e o assistente social, considerado um profissional indispensável na equipe, prova disto é que o próprio Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criado em 1945, desde a sua origem conta sempre com a participação de assistentes sociais nos seus quadros. (MARTINELLI, 2003, p. 12).

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o **Assistente Social foi identificado, em conjunto com outros profissionais, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico.** A relação pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor do trabalho era a figura do médico. Daí, muito ter se usado na época a categoria de ‘paramédico’ para os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente não se tinha um objetivo próprio, para os ‘paramédicos’, ficando a sua atuação para aquilo que o

profissional da medicina delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer. (MATOS, p. 53, 2009)

Cabe ressaltar que é na década de quarenta o serviço de saúde estava sendo construído no país e o campo de conhecimento das outras áreas também (MATOS, 2009) e, nesse sentido, compreendia-se que as ações do médico demandavam a crescente participação de outros profissionais, tanto da área da saúde, como as ‘profissões sociais’ que se incorporaram ao seu processo de trabalho, tendo sua identidade inicialmente consolidada sob a perspectiva médico social (MARTINELLI, 2003, p. 11).

Isso posto, ocorre um movimento contrário a partir dos anos sessenta, a qual emerge no Brasil e na América Latina um movimento interno de questionamento à direção social da profissão, conhecido como movimento latino-americano de reconceituação do Serviço Social. A partir deste, na década de 70, se deu tanto o processo de renovação do Serviço Social brasileiro e, especialmente a tendência ‘intenção de ruptura’, quanto, paralelamente a este, o movimento da reforma sanitária brasileira que reunia profissionais da saúde e militantes, com vista a alterar o modelo médico-assistencial privatista. (MATOS, 2009)

Segundo Bravo (1996) apud Matos até os anos oitenta a profissão encontrou-se desarticulada da discussão coletiva progressista na área da saúde, articulada em torno do movimento sanitário. Tendo então a incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da Reforma Sanitária, somente a partir dos anos noventa, as quais se constituem na sua maioria nos princípios do SUS. O autor afirma que há diferentes estudos que apontam para esta incorporação, mas também faz a ressalva de que é importante serem feitas mais investigações para se certificar se essa tem alterado o exercício profissional no cotidiano. (MATOS, 2009)

Estes estudos utilizam referências que buscaram pensar e/ou intervir no Serviço Social na Saúde, a partir da realidade do final dos anos 90, dos quais são considerados produções recentes do Serviço Social. A produção em questão ao revelar como o serviço social vem buscando produzir conhecimento e estratégias sobre a área da saúde, datam a mesma década em que a ação do serviço social na Saúde se torna mais reconhecida, a partir de duas Resoluções que embasam a inserção desse na área: a Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução nº 383, de 29 de

março de 1999, estas do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), das quais reconhecem o assistente social como profissional de saúde.

Nessa mesma década mencionada, referente a recente produção do serviço social na área da saúde, destaca-se o aspecto do trabalho desenvolvido nos serviços, a partir da tese de doutorado de Vasconcelos (1999) e a dissertação de mestrado de Costa (1998). Vasconcelos apresenta que há uma diferença muito grande entre a intervenção e o discurso dos assistentes sociais e o trabalho desenvolvido. Pois, os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não conseguem transformá-lo em prática concreta. Nesse sentido têm-se, a partir dessa produção de autora citada, que os profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético político.

A pesquisa de Vasconcelos aponta que independentemente do tipo de unidade de saúde em que trabalham os assistentes sociais, seja um centro de saúde ou um hospital de alta complexidade, estes, no fundo, estabelecem a mesma rotina, à saber: contato com usuário para levantamento das necessidades após o atendimento médico, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à implementação da consulta (Vasconcelos 2001: 27). (MATOS, 2003, p. 56). Segundo Matos, sobre a pesquisa de Vasconcelos (Vasconcelos 2001), 47% dos Assistentes Sociais somente realizam entrevistas e neste universo, 72%, em resposta a uma demanda específica e imediata. Já o trabalho com grupos é desenvolvido por 53% dos Assistentes Sociais, sendo que deste 41% desenvolvem salas de espera e 54% grupos fechados. Matos ao abordar sobre a pesquisa de Vasconcelos afirma que pode ser observado que

"há uma rígida estrutura da materialização do exercício profissional nos serviços de saúde", da qual se sobressai uma alta prevalência de atendimentos individuais e que estes, em geral, se constituem em uma ação única, já que é imprevisível saber se o assistente social terá outro contato com o usuário". (MATOS, 2003, p 56).

Nesta mesma lógica da produção anterior, a Produção de Matos (2000), sobre o debate profissional, em relação a influência do projeto da Reforma Sanitária e do projeto ético político do serviço social no trabalho dos assistentes sociais na saúde, no âmbito acadêmico, identifica que na maioria, o debate do Serviço Social na saúde vem acompanhando de uma referência ao projeto da Reforma Sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente, entretanto,

aborda dificuldade da maioria dos pesquisadores em realizar - pelo menos o que está posto na sistematização escrita – um trabalho que efetuassem reflexões acerca do cotidiano, e que estivesse norteado pelo projeto ético-político profissional e da reforma sanitária. (BRAVO, 2007, p. 37). Ao contrário, foram os trabalhos que não realizavam tais reflexões sobre o cotidiano, os que conseguiram obter tal articulação (BRAVO, 2007, p. 37).

O autor mencionado ressalta ainda que os motivos para esse descompasso podem se originar de dois pontos, que estão interligados. O primeiro se refere a dificuldade de se efetivar, por parte do poder público, a política universal e de direitos que o SUS preconiza; bem como a forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade⁵ - embora teoricamente a vise -, tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. Já o segundo ponto refere-se à concepção - ainda não tão nítida - da categoria dos assistentes sociais sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS.

Outro estudo relevante para o trabalho do assistente social é o estudo de Costa (2009), a qual aborda que a legitimidade da profissão na saúde se dá pelo avesso, pois o serviço social vem sendo utilizado nas contradições fundamentais da política de saúde, da qual identifica que é a partir das lacunas geradas pela não implementação do SUS que se dá a requisição do trabalho do serviço social. Costa refere que essas atividades não são vistas pelo profissional de Serviço Social como trabalho – e sim tratadas como inúmeras exceções – daí a imprecisão discursada pelos mesmos. (BRAVO, 2007, p. 37).

A autora acredita na possibilidade de uma outra ação do serviço social na saúde, mas **considera que a superação do modelo médico hegemônico, com vistas a efetivação do projeto da reforma sanitária, é essencial para reconstrução dos processos de trabalho em saúde**, em que se insere o trabalho do assistente social”. (BRAVO, 2007, p. 37).

Nesse sentido, é evidente na produção de Costa, portanto, a importância do trabalho do assistente social para consolidação do SUS. Ademais, ressalta-se que a preocupação central do Serviço Social na saúde deve ser a identificação dos impasses

⁵ A interdisciplinaridade evoca vínculos orgânicos entre especialidades, já a multidisciplinaridade refere-se a um conjunto de disciplinas ou de ramos especializados de saberes que se agregam em torno de um tema, uma problemática ou um objetivo comum, mas não se interpenetram (PEREIRA, 2014, p. 10).

existentes para a efetivação do projeto de reforma sanitária e do projeto ético político. Para Costa (2009), “o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais”, a autora ainda afirma, por conseguinte, que este profissional é fundamental para assegurar a integralidade das ações.

Desse modo, na atuação do Serviço Social na área da Saúde buscase atuar em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde. No atendimento dos sujeitos no cotidiano de trabalho, das quais revelam múltiplas demandas, Vasconcelos (2012, p. 443) aponta que “dificilmente um só profissional daria conta de todos os aspectos de uma realidade tão complexa [...] o que leva, na atenção integral, a recorrer-se ao trabalho multiprofissional”. Também o Código de Ética profissional estimula práticas interdisciplinares, fundamentais para compreender as múltiplas expressões da questão social vigente, em uma visão ao mesmo tempo de totalidade e sem perder a apreensão do cotidiano no qual os sujeitos sociais se inserem.

Nesse sentido, as expressões da questão social, as quais são objeto de intervenção da profissão, não devem se limitar apenas ao Serviço Social, já que os sujeitos a serem atendidos devem ser vistos de forma integral. Atenta-se assim que “a questão social, se é objeto de preocupação e de ação dos assistentes sociais, não é objeto exclusivo de sua responsabilidade” (VASCONCELOS, 2012, p. 435). As necessidades dos sujeitos que se revelam aos diferentes profissionais, devem passar por uma abordagem a partir de uma perspectiva interdisciplinar, da qual não prejudicaria a viabilização dos direitos dos mesmos.

Contudo, cabe resgatar o que compete ao Serviço Social, que no trabalho em equipe cabe a este “sinalizar os determinantes sociais e estabelecer relações e conexões necessárias entre as diferentes especialidades e a questão social” (VASCONCELOS, 2012, p. 435). É neste aspecto que se constitui o interesse de apresentar as contribuições do trabalho do assistente social no contexto hospitalar para a garantia do direito à saúde, a partir do conceito ampliado de saúde, que reconhece os múltiplos aspectos biopsicossociais dos sujeitos que lhe são constituintes, e tensionamento ao modelo médico-centrado nas equipes multiprofissionais. Assim sendo, este trabalho faz a defesa da saúde pública a partir da defesa da consolidação dos direitos e políticas sociais, considerando que tanto o conceito ampliado de saúde, quanto o Sistema Único de Saúde estão em disputa.

Diante dos interesses antagônicos em relação à consolidação do SUS, a inserção do Assistente Social na Saúde também é contraditória e apresenta diferentes demandas para atuação deste profissional. Assim, faz-se necessária aos mesmos estarem atentos aos principais subsídios teóricos-metodológicos para o trabalho profissional na área da saúde considerando as dimensões da competência profissional. Isto é, buscar estar articulado com o projeto ético político da categoria, com os marcos legais e normativos do Serviço Social na área da Saúde.

3.2 Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde

Ao que se refere a um dos marcos conforme dito anteriormente, torna-se indispensável ressaltar a importância dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, elaborado pelo CFESS e publicado em 2010, com o objetivo de “referenciar a intervenção dos profissionais na área da saúde” (CFES, 2010, p. 11). O documento considera que “os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p.39) e para cada um desses eixos o texto apresenta as principais ações desenvolvidas pelo assistente social, partir de uma concepção de totalidade. (CFESS, 2010, p. 39). Nesses eixos e na parte dois intitulada: “serviço social e saúde” há várias requisições que são apresentadas pelo CFESS que não competem a esses profissionais, além de destacar algumas ações consideradas polêmicas para a categoria.

Dentre essas, destaca-se nos Parâmetros que os profissionais são direcionados a trabalharem “a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”, e em contrapartida, o projeto de Reforma Sanitária apresenta como principais demandas do serviço social na saúde questões, tais como: “democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; [...] ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular” (CFESS, 2010, p. 26), além de destacar o trabalho interdisciplinar a qual abordaremos mais adiante.

Nesse sentido, o mesmo documento mencionado apresenta pontos importantes para uma atuação competente do Serviço Social na Saúde, das quais o documento traz como conceitos fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde: “a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade” (CFESS, 2010, p. 37). Para abordar sobre as demandas postas à categoria na área da saúde é de suma relevância refletir sobre estas categorias, em particular para o trabalho na área hospitalar. Ademais, essas são necessárias também para a real efetivação do Sistema Único de Saúde, tendo em vista que o SUS ainda está em construção e que permanece em constante disputa com o anterior modelo hospitalocêntrico, vertical.

Para um trabalho profissional coerente a categoria dos assistentes social, em defesa do novo modelo do SUS, universal e descentralizado, estes devem considerar o conceito ampliado de Saúde em suas ações profissionais, este não mais compreendido enquanto ausência de doença, mas sim enquanto fruto das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dessa maneira, a atuação profissional deve superar a perspectiva biológica e distanciar-se de práticas paramédicas e da fragmentação do conhecimento, uma vez que o trabalho com os aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença exige o conhecimento e visão generalista, e não fragmentada, que trabalhe com o sujeito em sua totalidade.

Nesse sentido, faz-se necessária o trabalho coletivo em saúde, baseado na perspectiva da integralidade, a qual “está calcada em dois pilares básicos: a interdisciplinaridade e a intersetorialidade” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 278), das quais o assistente social tem maior competência para estimular a atuação nesse sentido, à medida que compete a esse profissional facilitar o acesso aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais (CFESS, 2010, p. 28). Nesse sentido também se revela a complexidade do trabalho deste profissional, uma vez que o êxito do seu trabalho depende da articulação de uma rede de serviços e de profissionais, dentro e fora do seu local de trabalho. (MATOS, 2003)

Tendo em vista essas considerações entende-se porque não é o profissional de Serviço Social exclusivo de uma política social. Para a efetivação do SUS faz-se

necessário uma interface com a assistência social, na qual o mesmo domina essa interface, mas não somente, faz-se necessária a articulação de todas as políticas sociais, para atender as reais necessidades de saúde dos sujeitos, uma vez que “as condições de vida da população usuária – como, por exemplo, a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares – têm sido ‘problemas’ para os serviços de saúde (MATOS, 2003, p. 59). E nos serviços a ‘resposta’ a esses ‘problemas’ tem sido encarada como responsabilidade do Serviço Social (MATOS, 2003, p. 59), no qual vem cabendo aos assistentes sociais buscarem, ou tentarem, diferentes recursos – para além das ofertadas pelos serviços de saúde – com vistas a garantir ao usuário os seus direitos (MATOS, 2003, p. 58).

Tendo em vista essas considerações, apesar dos serviços de saúde ainda estarem estruturados para atenderem a doença, a realidade tem apontado a influência de outros componentes na concepção de saúde (NOGUEIRA, 2011). A medida que a dimensão social da saúde vem sendo ressaltada é que se expressa a ampliação do número de assistentes sociais contratados pelos municípios, na expansão das residenciais multiprofissionais atendendo aos diversos campos do conhecimento e prática vinculadas a saúde. (Idem). Os assistentes sociais ao comporem a força de trabalho nos serviços de saúde contribuem por meio da instituição de competências dentro da visão da proteção social a saúde, que se faz clara mediante a relação intrínseca entre os DSS e as ações dos assistentes sociais.

Frente ao cenário de incertezas que permeia a ação profissional em saúde no interior das equipes interdisciplinares ou interprofissionais é que a acadêmica desenvolveu suas principais indagações advindas da experiência do Estágio Curricular Obrigatório em um Hospital em Porto Alegre, fundamentais para a escolha da temática desta monografia, a qual identifica uma forte preocupação com os princípios e diretrizes do SUS e sua apropriação pelos profissionais, além de fazer a defesa de uma aproximação mais consistente em relação aos determinantes sociais da saúde por parte de todos que atuam no setor saúde, em particular o assistente social que apresenta conteúdos teórico-metodológicos que possam trazer este conhecimento que se completa ao clínico e ao epidemiológico. A partir dessa perspectiva é que se apresenta como o Serviço Social tem contribuído na média complexidade do SUS, apontando os desafios e as possibilidades para a garantia do direito à saúde, a partir do conceito ampliado de saúde e tensionamento ao modelo médico-centrado nas equipes multiprofissionais.

3.3 O Trabalho do assistente social na média complexidade do Sistema Único de Saúde: A vivência do Estágio Curricular Obrigatório em Porto Alegre

O presente Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo constituir-se enquanto síntese e expressão da totalidade da formação profissional, em que se atende ao propósito de sistematizar o conhecimento resultante de um processo investigativo, originário de uma indagação teórica, gerada, preferencialmente, a partir do estágio curricular obrigatório e trabalhos de investigação elaborados no decorrer do curso, tendo como produto final a monografia em questão (UFRGS, 2016).

Em concordância com o que foi exposto, o interesse pela temática de aprofundar sobre o trabalho do assistente social na área da saúde se deu, principalmente, pelas indagações e reflexões advindas do Estágio Obrigatório em um hospital de média-complexidade⁶. Enquanto ato educativo, este possibilitou a acadêmica tanto o desenvolvimento de ações vivenciadas, como também reflexiva e crítica, estas que se fizeram mais claras a partir da articulações teórico-metodológicas - das quais as disciplinas do curso foram fundamentais para contribuírem neste aspecto. Também os trabalhos de investigação da acadêmica posteriores ao Estágio contribuem para a escolha do tema, uma vez que estes em sua maioria foram voltadas para área da saúde, desenvolvidos para fomentar ainda mais as inquietações originárias da vivência enquanto estagiária.

Essa acadêmica acompanhou o trabalho de uma assistente social em um hospital que atende usuários em todo o Estado do Rio Grande do Sul, durante um ano e meio, de junho de 2016 à dezembro de 2017, no qual teve como atribuições a atuação junto em demandas relacionadas aos pacientes e familiares, desde o acolhimento, a realização de visita ao paciente no leito, na entrevista do paciente e/ou familiar, no encaminhamento para rede de atenção, no acompanhamento da transferência hospitalar, nos grupos operativos e no planejamento de alta, realizando os registros necessários. A equipe do Serviço Social composta por uma assistente social e três estagiárias em Serviço Social (duas em estágio obrigatório e uma em estágio não-obrigatório) buscavam intervir em todas as unidades da instituição integradas a equipe multiprofissional, fornecendo orientações de saúde e assistência social aos pacientes e familiares do hospital.

⁶ A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio no diagnóstico e no tratamento.

As orientações referidas visam à ampliação do acesso dos indivíduos aos direitos sociais. É importante ressaltar que estas estão articuladas com a Lei nº 8.662 que regulamenta a profissão, a qual estabelece, em seu artigo 4º, como competências do assistente social: “V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos” (CFESS, 2012, p.45).

Segundo o Conselho Federal do Serviço Social (CFESS), no documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, o atendimento direto ao usuário é um dos eixos em que atuam os assistentes sociais, da qual ressalta-se no mesmo documento a capacidade propositiva da assistente social em demandas que “referem-se às condições reais de vida dos usuários que se apresentam como: desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário” (CFESS, 2010, p.65). Mas para que isso aconteça, é fundamental que o mesmo se aproprie da política na qual está inserido, bem como saiba caracterizar a população usuária do serviço. A ausência ou precariedade dos fatores determinantes e condicionantes da saúde na vida dos usuários revelam as suas demandas, expressões da questão social com as quais a assistente social deve trabalhar.

As Expressões da questão social que se observou no dia-a-dia na Instituição foram: vulnerabilidade social de pacientes e familiares devido à pobreza; pacientes em situação de rua; desemprego; depressão, afeto emocional (devido a dor física); e dependência química. É a partir das respostas dadas ao enfrentamento dessas expressões que é possível apreender que a profissão trabalha com as condições de vida e de trabalho dos sujeitos.

No hospital em questão, o trabalho do Serviço Social tem por finalidade facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a defesa da garantia de direitos na esfera da saúde e demais políticas. É a partir das respostas dadas pelo Serviço Social as demandas dos usuários que acessam a instituição que estes adquirem conhecimento do mesmo na instituição, como orientações para acessar os benefícios da Previdência (auxílio doença, aposentadoria, BPC, etc.); solicitação de transporte para realizar o tratamento no hospital; encaminhamento para a rede (CRAS, CAPS, CREAS, Serviço de Acolhimento, dentre outros.) e liberação de refeição para acompanhante de paciente, (sendo esta última uma tarefa que não é específica do Serviço Social). O que nos atenta para as orientações educativas e reflexivas voltadas a lógica de fazer uso de

recursos na defesa e ampliação dos direitos, questões relativas ao tratamento, direitos e deveres, questões trabalhistas, previdenciárias e jurídicas.

Nesta mesma lógica, a qual leva em consideração que o produto do trabalho do assistente social encontra-se na esfera dos direitos é que se dá a defesa de como o assistente social tem contribuído para a garantia do direito a saúde da população atendida na média complexidade do Sistema Único de Saúde. Durante a trajetória do estágio, dentre os desafios que puderam ser evidenciados a partir das análises originárias do Estágio está a materialização dos direitos dos usuários, considerando as novas articulações entre público e privado e os diferentes interesses que estão em disputa na sociedade. Em contrapartida, o assistente social trabalha na Política de Saúde na defesa da perspectiva de que os serviços de saúde devam acolher os cidadãos, com um olhar atento a seus direitos e reais necessidades em saúde.

Nesse sentido, Martinelli (2011), associa o Lei Orgânica da Saúde com ao compromisso profissional do Serviço Social, que luta pela garantia dos direitos sociais da população. Em referência à articulação do Serviço Social com os princípios da LOS, ela destaca: “[...] os princípios da Política Nacional de Saúde, Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, nos direcionam na luta pela vida, no compromisso pela construção de práticas democráticas, sintonizadas com as necessidades sociais e de saúde da população.” (MARTINELLI, 2011, p. 499). Foi também nesta lógica apontada por Martinelli, que observou-se no hospital em que a acadêmica estagiou que a atuação da assistente social era fundamental, em particular a realização do acolhimento dos usuários, enquanto do trabalho profissional, para acolher as reais necessidades sociais e de saúde dos usuários.

Esse acolhimento confere uma visão humanizadora ao exercício profissional, uma vez que “trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade. (MARTINELLI, 2011, p. 499). Conforme a definição da Política Nacional de Humanização (PNH), acolhimento é o “ato ou efeito de acolher que expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão”. (BRASIL, 2010, p. 6 Isto é, o acolhimento do usuário na instituição, compreendido enquanto acesso adequado à rede de serviços, a ouvir o usuário com atenção, com possibilidade de construção de vínculo, ao modo como é recebido e incluído na política pública.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010, p. 18)

- Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010, p. 6).

Neste sentido, segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento implica garantia do acesso e responsabilização, este possibilita que cada envolvido no processo de saúde assume seu protagonismo na produção de saúde, que o profissional esteja aberto e valorize o encontro com o outro, com uma postura de escuta e compromisso. (BRASIL, 2010). Destaca-se essa mesma postura muito presente no trabalho da assistente social no hospital, na qual em seus atendimentos busca entender a história de vida dos pacientes e orientar uma série de questões atentas às suas necessidades em saúde. Porém, observou-se no campo de estágio entraves para a realização deste acolhimento de acordo com as necessidades desta população e é alinhado a essas dificuldades identificadas que se deu a escolha da temática e pontos defendidos neste TCC, à luz dos desafios e possibilidades evidenciados no campo hospitalar em questão, além de trazer aportes teóricos dos principais autores da área da saúde que corroboram para a elucidação destes desafios.

O primeiro entrave relevante identificado no hospital para a realização do acolhimento foi a dificuldade de implantação de um trabalho em equipe de saúde (composta por diferentes especialidades: Acupuntura, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social), embora sendo clara na instituição a necessidade de que este ocorra. O que se percebeu foram ações fragmentadas dos diversos profissionais de saúde, o que dificultava um trabalho interdisciplinar para um aprimorado e eficaz serviço de saúde, atento às demandas e necessidades dos cidadãos a partir da condição integral de compreensão destes sujeitos. Ressalta-se também neste ponto, o potencial da atuação da assistente social junto a equipe de saúde multiprofissional para esta compreensão não parcial, uma vez que a mesma procurava atuar enquanto mediadora e articuladora das relações entre equipe-paciente-família, buscando ter uma atuação interventiva para

mudança e aprimoramento destas relações na defesa e garantia dos direitos dos usuários e no enfrentamento das expressões da questão social vividas por estes.

Neste ponto, compreende-se que “a fragmentação também tem relação com a contra-reforma na saúde a as precárias condições de trabalho a que estão submetidos todos os profissionais de saúde” (CFESS, 2010, p.28). Assim, identifica-se na instituição as ações fragmentadas ligadas, por exemplo, a deficiência de recursos humanos, neste sentido, a acadêmica compreende também este problema enquanto decorrente de uma questão estrutural identificada no modelo plural de governança, ou seja, o contrato entre o Estado e a iniciativa privada, por meio de “Contrato de Gestão” com o Governo Federal em que “a entidade se responsabiliza por um nível de atendimento da demanda social, podendo vender serviços conforme sua capacidade” (REZENDE, 2008).

A partir dessas considerações, atenta-se para a culpabilização individual dos trabalhadores pelo não cumprimento das metas nos espaços sócio-ocupacionais. Não obter resultados desejados passa a ser fruto de uma incapacidade individual, quando na verdade decorre de uma série de outros fatores que não necessariamente se relacionam a seu desempenho. Neste sentido, pensar na jornada de trabalho e o excesso de trabalho demandado aos trabalhadores é essencial com vistas a garantir condições de trabalho adequadas a estes, a quais vão repercutir na sua própria saúde e na relação com o usuário, em seu processo de acolhimento e vinculação adequada, voltados às reais condições de saúde da população.

Essa lógica do atendimento voltado a capacidade, tem impactos na promoção do cuidado, uma vez que o número de atendimentos se torna mais importante do que o acolhimento aos usuários, com escuta e compromisso ao que estes trazem enquanto necessidade de saúde. Neste novo modelo regulatório de governança pública compreende-se uma gestão institucional voltada para resultados (metas), levando em consideração muitas vezes apenas este fator para cumprimento das demandas e não motivado também na lógica do direito do usuário.

O que ocorre é que na maioria das vezes não há uma flexibilização da gestão a refletir as reais necessidades e as expectativas da população, sendo então articulado com os trabalhadores para executar as ações de saúde de acordo com os interesses privados da instituição e sua capacidade e não conforme as necessidades da população e princípios do SUS que efetivam seus direitos. Nota-se que muito as instituições ferem o princípio do SUS a unicidade do sistema nacional de saúde e a gestão única em cada esfera de governo,

porém também cabe a fiscalização por parte do Estado, uma vez que estabelecida a parceria a entidade precisa estar comprometida com as normas do Sistema Nacional de Auditoria e Sistema Municipal de Auditoria do SUS.

Nesse sentido, por exemplo, ao que se refere ao comprometimento com o atendimento, no hospital em que a acadêmica pode estagiar, este pode ser evidenciado no Termo de Convênio que entre si fazem o Município de Porto Alegre e a entidade, para gerenciamento execução das atividades serviços de saúde do Hospital. Em se tratando de uma parceria público-privada ao que se refere a gestão da instituição em questão, existe este termo com vistas promover, proteger e recuperar saúde da população, no âmbito do Município, a qual está disposto nas condições gerais na cláusula segunda que: “os processos de atendimento deverão contemplar as orientações da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS” e também na cláusula terceira, das atribuições da contratante, refere- que a entidade deve, conforme cláusula geral, contemplar todas orientações da PNH em todos os processos de atendimento. É a partir destes itens destas cláusulas que fica claro também a exigência da Política, em que se estabelece relações de poder, a qual a partir do contrato têm-se a pactuação de metas que terão acompanhamento e avaliação sistemática, ou seja, vê-se também a instituição comprometida no seu cumprimento a partir das renovações do contrato.

Nesta lógica, o que regulamenta a cooperação e parceria entre esta contratante e contratada é o termo de contrato, visando à implementação, gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde do hospital em questão. Este termo está de acordo com as disposições contidas na Constituição Federal de 1988; nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90, em especial os artigos 24, 25, e 26 e na Lei 8.142/90, com suas posteriores reformulações; na Lei Federal nº 8666/93 e sua posterior reformulação, dentre outras disposições legais. O artigo 24 da Lei Orgânica da Saúde (LOS): Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, refere: “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada” (BRASIL, 1990a), sendo então esta Lei incentivo a estabelecimento da parceria.

O art. 199, § 1º, estabelece que “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.”

A instituição passou a estar comprometida com o plano de investimentos, incluindo espaço físico e equipamentos, e a ter responsabilidade de participação nas políticas públicas do no termo de contrato, bem como aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, especialmente aquelas ditas pela SMS e pela Portaria do GM/MS n.º 3114, de 07 de outubro de 2010 e Portaria GM, n.º 1034/GM e suas posteriores alterações, bem Sistema Único de Saúde, bem como na execução dos planos operativos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e aprovados pelo Conselho Municipal da Saúde (CMS). A contratada têm deveres para com as normas técnicas e administrativas firmadas como das normas do Sistema Nacional de Auditoria e Sistema Municipal de Auditoria do SUS. Na prática, observou-se no estágio que têm-se uma instituição privada, de natureza pública (a qual os leitos são inteiramente regulados pelo sistema de gerenciamento de internação hospitalar da SMS de Porto Alegre), caminhando a passos lentos para operacionalização do que está previsto no contrato quanto a implementação da PNH, porém há o comprometimento neste sentido. Segundo o texto de Ademir Silva (2004):

O instrumento firmado é o contrato de gestão, pela qual o poder público repassa para a iniciativa privada determinados recursos, configurando um parcial processo de privatização. Ainda que de forma híbrida, combinado o estatal e o privado na prestação de serviços de interesse público (SILVA, 2004, p. 142).

Atenta-se assim para o fato de que o Estado cada vez menos vem prestando serviços diretos à população e vem aumentando as parcerias com as organizações não-governamentais. Em relação aos convênios, mediante estes cresce a ofensiva ao trabalho, com o aumento da exploração da força de trabalho - terceirizações e privatizações. A partir destas formas de desregulamentação de trabalho, vêm-se reduzindo o conjunto de trabalhos estáveis, que se estruturavam antes através de empregos formais.

O que se percebe não é um Estado central no fazer público, mas um marco legal do terceiro setor apontando incentivos por parte do Estado para que ocorram o desenvolvimento de ações no campo das políticas públicas, como parcerias e contratos de subvenção. Cabe também aos assistentes sociais captarem as contradições das organizações e entidades de terceiro setor que emergem para a categoria profissional como uma esfera de intervenção e gestão social. A política de humanização iniciada em 2003 aparece como importante para o assistente social atuar nesse sentido, uma vez que ela vem buscando colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS no

cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2003). Compreende-se assim ser fundamental dar visibilidade à sua efetivação no contexto hospitalar a partir da identificação dos sujeitos envolvidos nesse processo, fundamentalmente os usuários e os profissionais da saúde.

A partir do pressuposto de que “humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado” (HUMANIZASUS, p. 4), faz-se necessária também a defesa de uma gestão participativa, de controle do governo pela sociedade, de uma construção mais coletiva do SUS. Também atentar-se a corresponsabilização do cuidado, conforme expresso:

“Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si” (BRASIL, 2010, p.).

A humanização implica os diferentes sujeitos no fazer saúde, enquanto garantia dos princípios do SUS. Porém, um dos entraves já identificado foi a fragmentação do saber, o que impossibilita um acolhimento adequado ao usuário. O que se percebeu no hospital é que a lógica de gestão participativa foi instaurada na instituição, com representação de trabalhadores das unidades inseridos na gestão, porém muitas vezes não se via efetivamente espaços dialógicos e de co-responsabilização no processo democrático de construção da política de humanização, assim como não se vê na construção das políticas públicas de saúde.

Atenta-se que quem vai estar na linha de frente para o atendimento dos usuários serão os trabalhadores, dessa forma é preciso decidir a implementação da PNH junto aos mesmos, de fato como estes implementaram efetivamente as mudanças no cotidiano dos serviços. Nesse sentido, compreende-se que a co-gestão e o acolhimento estão intrinsecamente relacionados, uma vez que entende-se que o acolhimento expresso na Política enquanto diretriz é também para além de acolher o sujeito a partir de uma abordagem interdisciplinar, ouvir os trabalhadores e nesse mesmo sentido valorizar o reconhecimento do que o usuário traz como legítima e singular necessidade de saúde (PNH, p. 7), não somente o profissional tem o conhecimento, mas os próprios usuários são protagonistas no esclarecimento de suas realidades sociais e de suas estratégias de promoção do bem-viver, de acordo com seus valores e modos de vida.

Em consonância com esta lógica do saber dos usuários para além do saber dos profissionais, atenta-se para a corresponsabilidade dos modos de fazer saúde, a qual implica em perceber o outro não apenas como objeto, o paciente/usuário enquanto doente e a busca de êxitos técnicos, mas enquanto sujeito implicado no fazer saúde e menos de objeto. É neste sentido que a temática da humanização emerge cada vez mais para debate, essencial se fazer presente nas ações dos profissionais de saúde, mediante as ações e serviços de saúde, faz-se necessária a dimensão humana no cuidado, sobre o âmbito hospitalar, Leo Pessine (2004, p.10) afirma que:

Numa primeira aproximação à questão da humanização da dor e do sofrimento humano no contexto hospitalar, constatamos que passamos por uma profunda crise de humanismo. Falamos insistentemente de ambientes desumanizados, tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humanas. A pessoa humana vulnerabilizada pela doença deixou de ser o centro das atenções e passou a ser industrializada em função de um determinado fim, que pode variar: transformá-la em objeto de aprendizado, usá-la em benefício do status do pesquisador, tratá-la como cobaia de pesquisa (PASSINE, apud RODRIGUES et al., 2011, p. 145).

Em relação a crise de humanismo, conforme refere o autor, trata-se de considerar a pessoa humana não como centro da atenção, meramente como objeto de estudo, a partir também deste ponto de vista, os profissionais da área da saúde constroem “ações "desumanizantes" que "coisificam" o outro ou nós mesmos, indicando a ação de não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objeto da intervenção clínica” (RODRIGUES et al., p.147), diferente pois de “[...] ações "humanizantes" que considera o outro em seus direitos, em sua singularidade e integralidade; enfim, em sua dignidade [...]” (RODRIGUES et al., 2011, p.147). Então, enquanto “cobaia de pesquisa” conforme Passine, também percebe-se a desumanização pela tecnologia, em que o cuidado é delegado não mais a pessoa, mas coisificado neste mesmo processo “[...] o cuidado é realizado por intermédio de máquinas e procedimentos, tornando a interação entre o doente e o cuidador um momento eventual, suplementar, dispensável ou mesmo ausente” (RODRIGUES et al., 2011, p.147).

Conforme o que foi exposto, as necessidades dos usuários tornam-se padronizadas, sem considerar o que estes trazem enquanto suas necessidades de saúde. A partir dessas ações, tem-se uma despersonalização do usuário, passa a se ter uma relação sem considerar a privacidade, em que profissionais de saúde quebram com o sigilo profissional a tratar o usuário em uma relação coisificada: “[...] o doente é um número,

um caso, uma patologia, objeto de atividades, mas não um centro de interesse, um sujeito em sua totalidade” (RODRIGUES et al, 2011, p.147). A partir disso, percebe-se que se desconsidera um fator essencial da humanização, a saber: o diálogo, a escuta sensível.

O que se espera dos profissionais atuantes na área da saúde, segundo a Política Nacional de Humanização é o diálogo, pois “[...] humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo [...]” (OLIVEIRA, p.282, 2006). Essa Política aborda que é preciso considerar o saber dos diferentes sujeitos na produção de saúde, a partir da corresponsabilidade entre usuário, gestores, trabalhadores e usuários. Isto se realiza a partir da gestão participativa, do incentivo a diferentes práticas terapêuticas, a integralidade do cuidado, a considerar os diferentes sujeitos na produção de saúde.

Neste sentido, a humanização se dá no espaço das relações, a partir do pressuposto de que esta ocorre a partir do momento que abrange a criação de uma diferente ou nova cultura no atendimento, voltada na base do diálogo e cuidado corresponsável entre os sujeitos. Uma das ferramentas que contribui para essa mudança nas formas de atenção e gestão, preconizada na PNH é a interdisciplinaridade. A partir desta categoria é possível considerar o que o sujeito traz enquanto necessidade de saúde de forma integral.

Concordamos com Teixeira e Nunes (2006), que destacam a interdisciplinaridade – preconizada pela PNH –, como uma ferramenta que pode contribuir para o avanço da atenção qualitativa, visando à satisfação completa do usuário do serviço. Para tal, é necessário que a equipe se diversifique, inserindo profissionais que tenham em sua formação conteúdos teórico-metodológicos que possam trazer este conhecimento que se completa ao clínico e ao epidemiológico, a exemplo do Serviço Social, e que caminhem como alternativa ao modelo conservador de atenção à saúde. Tal entendimento se justifica pelo fato de que os profissionais que lidam de forma direta com o paciente devem partir do pressuposto de que os instrumentos de trabalho no hospital contemporâneo não são, apenas, as suas instalações e equipamentos, mas o saber de cada trabalhador (RODRIGUES et al., 2011, p.147).

Neste sentido, quando se versa sobre humanização se está referindo sobre o desafio da “criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS” (CFESS, 2010, p. 52), para que se consolide ao que se propõe “é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de

trabalho dignas e salários compatíveis (CFESS, 2010, p. 52). Assim compreende-se que “não há humanização na assistência sem que cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem” (OLIVEIRA, p.282, 2006), para isto é preciso investir na valorização dos trabalhadores, conforme preconiza a PNH, também na educação permanente das equipes. Atenta-se também sobre o compromisso da categoria profissional com a temática da humanização, esta expressa nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, respaldado no projeto ético político profissional:

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Nessa direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença (CFESS, 2010, p. 52).

A partir do exposto, relacionado à implementação da PNH sob a perspectiva ampliada, podemos destacar pelo menos três ações intrínsecas à atuação do assistente social na equipe de saúde, conforme Luciana da Silva Alcantara; João Marcos Weguelin Vieira, (2013):

A composição na equipe interdisciplinar de saúde, trazendo como contribuição sua capacidade em identificar e trabalhar os determinantes sociais apresentados pelos usuários; A defesa da concepção ampliada de humanização, em consonância com os fundamentos centrais do Projeto de Reforma Sanitária e dos princípios do SUS; e o incentivo à participação dos usuários nos processos decisórios, estimulando o controle social, com vistas à ruptura do modelo conservador de atuação na saúde (centrado na doença). (ALCANTARA e VIEIRA, 2013, p. 346)

É a partir desse chamado a inserção dos assistentes sociais em equipes multiprofissionais em saúde, com vistas a debater o significado de humanização de acordo com os fundamentos centrais da política de saúde e a garantia dos princípios do SUS, e como referência o Projeto de Reforma Sanitária, além de sua contribuição mediante sua capacidade em identificar e trabalhar os determinantes sociais apresentados pelos usuários e ao estímulo ao controle social, com vistas à ruptura do modelo conservador de atuação na saúde (centrado na doença) que se dá a atuação da assistente social na equipe. É a partir destes aspectos que se faz a defesa da contribuição do trabalho da assistente social a partir da defesa e ampliação dos direitos dos usuários, são nestes aspectos

abordados que a autora desta monografia aborda os desafios e as possibilidades para a garantia do direito à saúde.

Tendo em vista a discussão apresentada, o assistente social é chamado então a fazer uma discussão efetiva com os demais profissionais da área da saúde em torno da humanização na saúde (para sua real apreensão pelos profissionais da saúde), enquanto profissional com competências que permitem a realizar a análise crítica da realidade. Uma vez que o conceito de humanização conta com um acúmulo considerável de representações no campo de saúde, a qual varia da interpretação romântica da atuação profissional – baseada muitas vezes na escuta acrítica e no alívio de tensões –, à sua consideração enquanto obstáculo a um exercício comprometido com os princípios do SUS. Tais concepções antagônicas fazem com que a interpretação sobre a humanização represente ainda um desafio conceitual, ético e político, em que cabe o assistente social intervir.

Para tanto pressupõe reconhecer a influência dos determinantes sociais de saúde na produção da doença se insere no centro do debate atual o enfrentamento das iniquidades em saúde. Trata-se de uma visão dos determinantes como processos sociais, econômicos, políticos e culturais geradores de iniquidades, o que justifica uma profunda reorientação das políticas e intervenções públicas, visando promover e proteger a saúde e diminuir as desigualdades em saúde

A Monografia de Gisele Ramos (2013), a qual traz como eixo central em seu trabalho a intervenção profissional dos Assistentes Sociais nas diversas formas de expressão dos determinantes sociais da saúde em suas práticas cotidianas nos serviços de saúde no Município de Porto Alegre, esclarece essa questão à medida que analisa como as dimensões da competência profissional estão presentes nesse processo interventivo que envolve a determinação social da saúde.

A autora se utiliza das categorias historicidade, totalidade e contradição que estão presentes no método dialético-crítico e categorias explicativas da realidade, Trabalho do Assistente Social, Dimensões da Competência e Conceito Ampliado de Saúde. Ao optar pela amostra não probabilística ou amostra intencional, a qual segundo Gil “nesta o pesquisador está interessado na opinião [...] de determinados elementos da população” (GIL, 1999, p. 52), a autora revela a opinião de quatro (04) assistentes sociais sendo que

do universo do número total de assistentes sociais que atuam na política de saúde no município de Porto Alegre: 82 profissionais ([CNES, 2011]), sendo cada um dos profissionais está vinculado a um dos eixos de atuação profissional definidos pelo CFESS (2010): a) atendimento direto com os usuários; b) mobilização, participação e controle social; c) investigação, planejamento e gestão; d) assessoria, qualificação e formação profissional, contemplando assim todos os eixos.

Na pesquisa de Ramos (2013) Foram obtidas as seguintes respostas ao que se refere ao entendimento dos profissionais acerca dos determinantes sociais da saúde, bem como seu processo interventivo nesses fatores:

[...] Os determinantes sociais para mim, eles estão vinculados desde a estrutura que a pessoa tem no contexto de vida dela, no bairro, no local de moradia, até as possibilidades de cultura de lazer... Para mim tudo isso que vai de uma coisa até a outra e que está tudo junto envolve os determinantes de saúde ou de doença. [...] nesse local a gente atende uma população que tem um nível socioeconômico um pouco melhor. Até porque tem áreas restritas de atendimento de ESF que tem populações mais vulnerabilizadas [...] do que nós temos aqui. Por outro lado tem determinantes diferentes [...] envolvem as questões sociais no sentido de relacionamentos sociais, de negligência, de situações de abuso, que aparecem, mais do que, talvez, a pessoa não ter dinheiro para comprar uma medicação [...]. Então me parece que os determinantes, que aparecem mais aqui, em termos sociais, me parecem mais uma carência nesse sentido afetivo, de relacionamentos e tal, do que necessariamente de ordem infraestrutura ou financeira. Embora isso também apareça. (Assistente Social 01, Apud Ramos, 2013)

Claro que a gente tem alguns locais com vulnerabilidade social. Não sei se em algum dia, em algum momento, vai se conseguir sanar tudo. Acho que o SUS já avançou bastante, mas acho que ele muito a avançar ainda. A gente não consegue ainda atender todas as demandas da saúde pública da população, digamos assim deste lugar que eu estou do distrito. Ainda faltam consultas, tem alguns nós. A prefeitura de Porto Alegre vem num processo de implantação da informatização, prontuário eletrônico, informatização das consultas. [...]. Mas eu acredito que esse processo vai facilitar muito, porque teremos uma visualização do que realmente se precisa, do que realmente investir, onde vai estar tudo informatizado, onde antes tu não tinhas essas ferramentas. E é uma ferramenta de gestão, então ainda tem alguns locais difíceis assim de tu conseguir sanar, mas eu acho que a gente esta no caminho. [...] (Assistente Social 02 Apud Ramos, 2013)

Eu não estou ligada diretamente a este foco. Aqui a gente trabalha segmentado e ao mesmo tempo todo mundo junto. A nossa coordenadora esta trabalhando na questão da saúde pelos povos, determinantes da saúde. [...] Mas aqui no meu dia a dia isso ainda não esta perpassando. [...] Eu estou muito ligada a essa ramificação, dos usuários, da organização, da participação dos usuários, isso aqui vai entrar em outra etapa, que eu não estou ligada diretamente, dos determinantes da saúde. (Assistente Social 03 Apud Ramos, 2013)

Os determinantes sociais para mim incluem a dimensão de classe. Porque quando a gente fala em determinações sociais, essas são geradas por um núcleo, que é a estruturação da nossa sociedade. Então esses determinantes vão dialogar com as desigualdades sociais. E essas desigualdades vão se expressar no acesso,

ou não, a serviços, direitos ou bens que promovam a qualidade de vida. Então esses determinantes sociais eles não podem ser vistos como fatores isolados. Esses fatores têm uma raiz comum e que com o debate na nossa área vai dialogar com a questão social. (Assistente Social 04 Apud Ramos, 2013) (RAMOS, 2013, pp. 95-96)

Observa-se que cada profissional apresenta seu entendimento de determinação social de saúde a partir do espaço sócio ocupacional em que se insere. Um dos achados da pesquisa é que todos os entrevistados apesar de apresentarem perspectiva diversas sobre o conceito em saúde, nas suas falas apresentam elementos constitutivos do artigo 3º da lei 8.080 de 1990 que dispõe sobre o SUS. Contudo, a autora ressalta ainda que é preocupante que o conceito apresentado em 1948 pela OMS, e que já foi bastante questionado em debates posteriores por teóricos da saúde pública, ainda se encontre tão presente no desenvolvimento das atividades dos Assistentes Sociais, uma vez que dois deles citarem este conceito e todos os profissionais afirmaram que o conceito que citaram é o mesmo que utilizam para desenvolver suas práticas cotidianas.

Após a pesquisa referida, a autora faz algumas considerações relevantes, como o fato de que “da mesma forma que não há hegemonia entre os conceitos de saúde utilizados pelos profissionais para nortear a prática profissional, também não há consenso no conceito de Determinantes Sociais de Saúde adotados pelos Assistentes Sociais entrevistados” (RAMOS, 2013, p. 97). Ramos (2013) afirma que ainda que são poucas produções teóricas que abordam esta temática, reiterando que a falta de consenso e de direcionamento comum da profissão pode vir a ser um agravador na concretização de ações efetivas na garantia do direito à saúde. Nesse sentido, reconhece-se que é de suma importância ampliar o debate sobre o tema dos Determinantes Sociais em Saúde, com vistas ao interesse não somente da Política de Saúde, mas das políticas sociais e públicas como um todo, uma vez que este tema acaba por impactar nas mais variadas áreas de atuação profissional.

A partir dessas considerações, cabe ressaltar a humanização enquanto política ligada ao campo dos direitos sociais e humanos e somente com o protagonismo dos trabalhadores e usuários é possível efetivar a universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde, conforme preconiza o SUS. Tendo em vista que “transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas” (BARROS, R. B.; PASSOS, 2005), se faz extremamente

necessário, a reflexão e discussão entre os trabalhadores, através da Rede Humaniza SUS⁷ e o quanto cada um, ao pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver, pode contribuir com a luta pela garantia da equidade e democracia nas relações.

Debater o que é o Humaniza SUS e estimular reflexão acerca de pensar saúde como experiência de criação de si e modos de viver, além de democratizar a informação entre os trabalhadores sobre a atuação do Serviço Social na área hospitalar no atendimento humanizado faz-se necessário. Ademais, também contribuir na defesa da compreensão da saúde em seu conceito ampliado a qual deve ser uma das atuações da assistente social no serviço de saúde e na qual a acadêmica observou ser realizada pela assistente social na organização a qual esteve inserida, que também se fez a partir de inserção da profissional na Comissão de Humanização da instituição.

A partir do exposto, faz-se relevante ter clareza que o hospital que a acadêmica vivenciou seu estágio é uma instituição empregadora que embora seja destinada ao público (100% SUS), ela é de natureza privada, a qual estabelece-se uma parceria entre Estado e entidade privada. Esta necessita de profissionais qualificados e contrata seus funcionários, estabelecendo metas a serem alcançadas pelos mesmos, a qual o recurso financeiro só é estabelecido a partir das metas alcançadas. Neste sentido, é possível compreender que os trabalhadores da instituição estão atreladas a esta lógica de instituição que visa reduzir custos, mediante uma gestão por resultados, a qual impossibilita, muitas vezes, o atendimento ser garantido a partir da lógica do direito e das reais necessidades dos usuários.

Esta lógica também pode ser evidenciada, a partir da exigência rápida do processo de desocupação dos leitos para com os usuários, sem considerar fatores determinantes para uma alta segura, que pense sobre possibilidades de continuidade do tratamento e cuidado, este é um dos desafios que exige uma intervenção maior da assistente social e não é entendido e reconhecido muitas vezes pela equipe, gestores e principalmente pelas empresas. A lógica que a instituição dá a desocupação de leitos é, muitas vezes,

⁷ A Rede HumanizaSUS é a rede social das pessoas interessadas ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS. A rede é um local de colaboração, que permite o encontro, a troca, a afetação recíproca, o afeto, o conhecimento, o aprendizado, a expressão livre, a escuta sensível, a polifonia, a arte da composição, o acolhimento, a multiplicidade de visões, a arte da conversa, a participação de qualquer um (BRASIL, 2010).

mercadológica, pois objetiva dar alta ao paciente a fim de um aumento do número de leitos para que haja um aumento na quantidade de atendimentos e a empresa possa superar suas metas, além de reduzir custos.

Isto posto, emerge outra questão a ser refletida pela equipe, a saber: a alta hospitalar. A categoria ‘alta Hospitalar’ entendida aqui enquanto fator importante para o acolhimento dos usuários, pois o acolhimento se dá por meio do acionamento/articulação das redes internas e redes externas, para continuidade da assistência quando necessário, conforme Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS do Ministério da Saúde. À vista disso, a continuidade da assistência se dá muitas vezes pelo plano da Alta Hospitalar, que deve ter início no momento da admissão hospitalar e tem o objetivo de dar continuidade ao cuidado recebido pelo usuário no hospital.

[...] o momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para **se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços**, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel do contra-referência”, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para **apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida** (CECILIO; MERHY, 2003, p. 6).

O planejamento de alta hospitalar então é imprescindível a fim alcançar o objetivo de dar suporte à família e ao próprio usuário para que seu retorno ao domicílio, para Instituição de Longa Permanência, para Acolhimento Institucional, ou outro local, possa ocorrer da forma mais tranquila possível, com devidas orientações, ajustes e organizações necessárias na estrutura familiar e social. Em casos necessários, o planejamento de alta auxilia a família a repensar e planejar o contexto familiar de uma nova forma, afim de que atenda às novas necessidades do usuário, conforme os atendimentos individuais aos familiares se propõem. Nessa lógica, a partir da identificação de acompanhantes e/ou visitas aos usuários, o Serviço Social procura junto a estes conversar sobre como se dará o processo de alta e como a família está se organizando, podendo articular ou não com a rede de serviços, tendo a profissão relevante contribuição neste processo.

Nos casos em que o usuário não tem família consanguínea e outro vínculo pessoal, caso de idosos e de população em situação de rua é maior a complexidade da atuação da assistente social, que observou-se no estágio é que a assistente social acaba sendo notificada a intervir nas unidades, a partir do momento em que os usuários após vistos os aspectos de sua enfermidade necessitam desocupar os leitos no entendimento dos

profissionais de saúde e da instituição, não compreendendo que os determinantes sociais devem ser considerados para a garantia de uma alta hospitalar segura e planejada, no qual este usuário que está curado não tinha ainda um plano de alta desde o início da sua admissão e a assistente social tem que contatar a rede externa, não obtendo retorno com a mesma imediatividade exigida pela instituição e profissionais da área da saúde para desocupação do leito em questão.

Assim, evidencia-se também no campo de estágio, que os profissionais especificarem que só falta a atuação da assistente social para realizar a alta hospitalar nestes casos, evidencia a falta de conhecimento sobre a alta não ser de uma ou outra área específica do conhecimento, sendo necessário à população um atendimento integral à saúde. Dessa forma, para acolher na perspectiva de garantia dos direitos é preciso saber que a compreensão de um sujeito integral passa por uma abordagem interdisciplinar, essa como referência para a concepção de intersetorialidade, segundo Potyara (2014). Sendo assim, embora esteja-se inserido no setor saúde, inserido na política da saúde no ambiente hospitalar, todas as políticas fazem parte do trabalho em questão, a partir de um todo indivisível a qual aborda a autora anteriormente citado, uma vez que contém elementos das demais e não é apenas uma política que irá dar conta de atender o usuário em suas necessidades.

[...] é preciso ter claro que a divisão da política social em “setores” é procedimento técnico. E só nesse sentido essa divisão tem cabimento, pois o conhecimento, assim como os bens públicos e os direitos, não são divisíveis e sua separação para efeitos de estudo não é disciplinar ou setorial, é temática. O conhecimento avança à medida que seu objeto se amplia e se desvenda na sua integralidade (PEREIRA-PEREIRA, 2014, pp. 16-17).

Sendo assim, se faz necessário para a atenção integral ao usuário o plano da Alta Hospitalar, desde sua admissão, que leva em consideração o conceito ampliado de saúde, este plano devendo ser construído interdisciplinarmente. Para dar continuidade ao cuidado recebido pelo usuário no hospital é fundamental que o sujeito seja compreendido de forma integral, que os profissionais reconheçam a não somente a doença, mas as condições sociais do paciente/usuário. Para que o direito à saúde seja garantido, considerando este em seu conceito ampliado, é preciso uma abordagem interdisciplinar, que leve em consideração uma relação interprofissional que só se faz a partir do rompimento de barreiras comunicacionais. Neste sentido, só existe rede a partir das relações que se estabelecem.

Assim, a contribuição do trabalho da assistente social na área da saúde é fundamental enquanto profissão que tem uma visão multiprofissional, no sentido do conhecimento que se completa ao clínico e epidemiológico, e que faz o tensionamento da visão biomédica da doença. Percebe-se que o desafio para o estabelecimento de práticas humanizadas se depara com a necessidade de um hospital que precisa ser redefinido na organização da atenção, utilizando tanto o saber epidemiológico quanto social, considerando os profissionais de saúde e usuários neste processo. Apresenta-se a contribuição da assistente social na Política de humanização enquanto ímpar contribuição, a fim de considerar o conceito ampliado de saúde que pressupõe o reconhecimento dos determinantes sociais em saúde e, uma preocupação operativa do SUS.

Traz-se o próprio trabalho do assistente social enquanto motivador dessas questões, ao que se refere a atuação com a equipe a partir das competências de seu trabalho na saúde, na defesa da garantia e ampliação dos direitos do cidadão. Neste sentido, o TCC buscou contribuir para a ampliação da visibilidade da profissão à medida que apresenta sua contribuição no trabalho em equipe multiprofissional de saúde nestes aspectos já mencionados.

Ao que se refere o processo de estágio curricular, a acadêmica teve a oportunidade de elaborar e implementar um projeto de intervenção, cuja proposta direcionou-se também a dar visibilidade para as competências e atribuições do Serviço Social no Hospital, a partir do material que subsidia as orientações aos usuários sobre os serviços de referência, além de explicitar que as respostas às demandas dos usuários para atendê-los em suas necessidades não dependem somente da assistente social, mas da constatação da rede externa. Nesse sentido, a acadêmica parte do pressuposto de que os bens públicos e os direitos não são divisíveis, assim, se torna indispensável a articulação dos diferentes setores e políticas quando se quer desvendar o objeto por inteiro.

Nesse direção deve-se organizar uma “linha de cuidado” pensada de forma plena, que atravessa inúmeros serviços de saúde é que se rompe com a ideia do senso comum de que a alta e média complexidade estão “no topo”, “para o hipertenso ou o portador de qualquer doença crônica, seja adulto ou criança, o “topo”, em determinado momento da vida, é acessar a rede “básica”, ser bem acolhido e estar vinculado a uma equipe.

(CECILIO apud CECILIO; MERHY, 2003, p. 6). A partir de tal concepção, o hospital pode contribuir para a integralidade do cuidado, quando faz uma adequada contra-referência após realizar o atendimento, o que perpassa o acolhimento com escuta e compromisso atento as reais necessidades de saúde dos usuários. E esse se dá quando realizado mediante uma equipe multiprofissional, a qual, sem a supremacia entre uma área e outra, cada profissão pode contribuir com o saber que é próprio da particularidade de seu trabalho e que de forma articulada atende os sujeitos em sua totalidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao fim deste trabalho, independente do grau acadêmico que é atribuído ao trabalho, não se encontra uma conclusão ou um fechamento. Na verdade, encontram-se apenas algumas respostas para as perguntas iniciais e muitos outros questionamentos que foram sendo construídos ao longo deste estudo. Isto posto, compreende-se a provisoriedade do conhecimento, a qual se constrói cotidianamente, onde o velho é absorvido pelo novo na produção constante da ciência.

Nesse sentido, as contribuições científicas atuais, em especial as revisões de literatura podem ser úteis diante desse problema referente ao fluxo informacional, com a identificação do estado-da-arte de uma determinada área de estudo. Pauta-se a relevância desse trabalho para revelar um universo de contribuições científicas atuais sobre o tema, à saber o trabalho do assistente social em contexto hospitalar: os desafios e a possibilidade para a garantia do direito à saúde, para além de potencializar as indagações advindas da experiência de Estágio Obrigatório em um hospital em Porto Alegre.

O presente estudo buscou compreender como o trabalho do assistente social no contexto hospitalar tem contribuído para a garantia do direito à saúde, a partir do conceito ampliado de saúde e tensionamento ao modelo médico-centrado nas equipes multiprofissionais buscando conhecer como os assistentes sociais contemplam e intervêm nos determinantes sociais da saúde em seu trabalho profissional, a partir do conceito ampliado de saúde; apontando os desafios e as possibilidades vivenciados pelos assistentes sociais em seus cotidianos para a concretização do conceito ampliado de saúde frente o tensionamento do modelo médico centrado, além de evidenciar os subsídios teóricos-metodológicos sobre o trabalho profissional na área da saúde considerando as dimensões da competência profissional na Política de Saúde.

É importante salientar a complexidade relacionada aos objetivos do presente estudo, pois sabe-se que o trabalho do assistente social é difícil de ser mensurado, a atuação com pessoas é mais do que utilização de técnicas, mas necessita-se de humanização, estar atento às condições objetivas da vida dos sujeitos, sendo assim o profissional lida com muitos aspectos também da subjetividade humana, e nem sempre é possível identificar o resultado de seu trabalho. Assim, percebe-se, de imediato, a dificuldade de execução do presente estudo, ao verificar a abstração de seu objeto. Faz-

se a reflexão acerca da contribuição do trabalho na área hospitalar, buscando compreender quais os próprios limites e perspectivas da profissão nessa área de atuação.

Cabe ressaltar que um dos desafios é a dificuldade de encontrar referencial bibliográfico que discuta de maneira crítica a temática dos Determinantes Sociais da Saúde e estudos ao que se refere o trabalho do Assistente Social na política de saúde. Já que segundo os autores utilizados como referência neste TCC o exercício profissional dos assistentes sociais nos serviços de saúde se direcionam para uma ação pouco crítica e por vezes distante do Projeto Ético Político, além de estabelecerem ainda intervenções que não sobrepõem às demandas institucionais, sendo a intervenção na área hospitalar voltada para o levantamento das necessidades dos sujeitos após o atendimento médico, ainda como complementar, atendendo o modelo hospitalocêntrico. Também neste mesmo sentido identifica-se a importância dessa produção, enquanto trabalho de conclusão de Curso frente a Defesa da Política Pública, a defesa do exercício profissional no âmbito hospitalar que considere conceito ampliado de saúde e faça o tensionamento ao modelo médico-centrado.

Acredita-se que o processo de estágio curricular como um todo tenha proporcionado à acadêmica uma experiência bastante relevante para a escolha e desenvolvimento da temática, o que, sem dúvida, potencializou o resultado deste trabalho. Nesse sentido, buscou-se abranger amplamente os fenômenos, desvendar a realidade para que se ultrapasse o senso comum afim de que se tenha conhecimento científico do objeto em sua concretude, para além do aparente. Ademais, em que pese a abordagem da temática se dar somente na área da saúde, entende-se que a intervenção junto aos determinantes sociais em saúde deve ser ampliada não somente pelos assistentes sociais que atuam na política de saúde, mas por toda a categoria profissional, uma vez que os fatores que determinam a saúde encontram-se presentes nos mais variados campos de atuação profissional deste profissional.

Apesar dos limites expostos acima, acredita-se que este trabalho contribuiu para a ampliação do conhecimento que se deu fundamentalmente a partir da apropriação de aportes teórico-metodológicos articulados com a vivência da acadêmica, foi possível achar algumas respostas para os questionamentos iniciais, à luz dos objetivos do projeto de pesquisa desenvolvido no Trabalho de Conclusão de Curso I, nesse sentido também muitos outros questionamentos surgiram ao longo do desenvolvimento deste trabalho. A execução da monografia com seus achados, enriquecidos com as interpretações e inferências não se trata de um processo concludente, porém, certamente servirá como

alicerce às futuras experiências e estudos, possibilitando a expansão do conhecimento sobre o trabalho do assistente social nessa área de atuação.

Diante do fato de que na atualidade o conceito de saúde está em disputa e também o próprio Sistema único de Saúde, faz-se necessária contribuições científicas que corroborem com o conceito ampliado, assim espera-se, através deste Trabalho de Conclusão de Curso contribuir com a visibilidade do trabalho da assistente social ao que se refere a contribuição científica voltada o trabalho profissional, a partir da defesa da consolidação dos direitos e políticas sociais, em especial a saúde que é essencial para a manutenção da vida humana.

REFERÊNCIAS

ABEPSS – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social** (com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996). ABEPSS: Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf>. Acesso em: set. 2018.

ALCANTARA, L. S.; VIEIRA, J.M.W. **Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, p. 334-348, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/14332/10744>>. Acesso em jun. 2018.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; LISBOA, Carlos Alberto Vieira. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**, volume 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

BRASIL. **Cartilha da Política Nacional de Humanização**. Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Último acesso: set de 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília – DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: jun. 2018.

_____. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2a ed. 5a reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília - DF: 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: jun. 2018.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005a. Disponível em: . Acesso em: jun. 2018.

_____. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005b. Disponível em: . Acesso em: jun. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. (et.al.) (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 3.ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. Physis: Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007, p. 77-93. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: set. 2018.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. [s/d] Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/>> Acesso em: set. de 2018.

CNDSS - COMISSÃO NACIONAL PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 23 out. 2018.

CEBES - CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Tradu%C3%A7ao_Port_Cebes_com_logo.doc.pdf>. Acesso em: 24 out. 2018.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar.** Campinas - SP: mar. 2003. p. 1-19.

COSTA, M. D. H. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** In: MOTA, A. E. et al.(orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p.304-351

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Serviço Social e Intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde.** Tese de Doutorado (Serviço Social). Recife: PPGSS/ UFPE, 261p, 2010.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cressrs.org.br/arquivos/documentos/%7B3412879E-C2CC-4367-9339-847E62E3E82E%7D_parametros_saude.pdf>. Acesso em: jun. 2018.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão.** - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012], 60p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: set. 2018.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. **Uma introdução conceitual à determinação social da saúde in Revista Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 33, nº 83, p.380-387, set./dez. 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUTERRES DIAS, Miriam Thais. **Modos explicativos do processo saúde-doença.** UFRGS, 2015.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e exercício profissional.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos.** *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MATOS, Maurílio Castro de. **Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade.** *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2015, n.124, pp.678-698.

_____. **O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90.** In: *Serviço Social e Sociedade.* São Paulo: Cortez, nº 74, 2003.

_____. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde. Reflexões a partir do Debate Brasileiro.** 2009. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, 9(17). Disponível em: <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/315> Acesso em: nov.2018.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais.**

In MOTA, Ana Elizabete (org. et al.) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009. p. 218-241.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Determinantes Sociais de Saúde e a Ação dos Assistentes Sociais – Um Debate Necessário**. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8634832/2751>>. Acesso em: set. 2018.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf?ua=1>. Acesso em: 29 set. 2018.
»http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf?ua=1

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Rio de Janeiro: OMS; 2011.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Lancet. (Série Brasil) [Internet]. 2011; 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: Set. 2018.

PEREIRA, P. A. P. **A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética**. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. de. (Org.). A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas: Papel Social, 2014.

PUSTAI, O. J.; FALK, J. W. **O Sistema de Saúde no Brasil**. In: DUNCAN, B. B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Pp. 10-19.

RAMON, Gisele Selistre. **Determinação social da saúde e as dimensões da competência profissional de assistentes sociais de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2013.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. Disponível em: <<http://files.adrianonascimento.webnode.com.br/200000177-44831457d0/VV.%20AA.%20Pol%C3%ADtica%20de%20Sa%C3%BAde%20na%20Atual%20Conjuntura..pdf>>. Acesso em: jun. 2018.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal**. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. Disponível em: <<https://fopspr.files.wordpress.com/2008/08/o-modelo-de-gestao-do-sus-e-as-ameacas-do-projeto-neoliberal.pdf>>. Acesso em: jun. 2018.

RODRIGUES, Andreia Cristina; SILVA, Ivone Aparecida Vieira da Silva; AGUIAR, Karen Costa; FARINELLI, Marta Regina; REZENDE, Regina Maura; MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa; MELO, Suely Aparecida Alberto, CONTI, Verena. SANTOS, Zilda Cristina dos. **Serviço social e humanização: experiência da residência em saúde - universidade federal do triângulo mineiro – UFTM**. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.

SILVA, Ademir. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado**. São Paulo: Cortez, 2004.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas. In: **Política Social e Democracia**. Editado por M. I. S. Bravo e P. A. P. Pereira. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001.

_____. **A Prática Profissional do Serviço Social: Cotidiano, Formação e Alternativas na Área da Saúde**. São Paulo: Cortez. 2002.

_____. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. – 8. Ed. – São Paulo: Cortez, 2012.