

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
**Hospital de Clínicas de Porto Alegre**  
Curso de Serviço Social

Jéssica Mabel Soares Teixeira Menezes

**CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM  
SAÚDE A PARTIR DO CONTEXTO HOSPITALAR  
O ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS DOS PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS**

Porto Alegre

2021

Jéssica Mabel Soares Teixeira Menezes

**CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM  
SAÚDE A PARTIR DO CONTEXTO HOSPITALAR  
O ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS DOS PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial à  
obtenção do título de bacharel em Serviço  
Social do Hospital de Clínicas de Porto  
Alegre da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Dolores Sanches  
Wünsch

Porto Alegre

2021

## CIP - Catalogação na Publicação

Menezes, Jéssica Mabel Soares Teixeira  
CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA INTEGRALIDADE DO  
CUIDADO EM SAÚDE A PARTIR DO CONTEXTO HOSPITALAR /  
Jéssica Mabel Soares Teixeira Menezes. -- 2019.  
82 f.

Orientadora: Prof.a Dra. Dolores Sanches Wünsch,.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto  
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,  
BR-RS, 2019.

1. Serviço Social.. 2. Integralidade. . 3. Saúde. .  
4. Hospital.. I. Wünsch,, Prof.a Dra. Dolores Sanches,  
orient. II. Título.

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

Jéssica Mabel Soares Teixeira Menezes

**CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM  
SAÚDE A PARTIR DO CONTEXTO HOSPITALAR  
O ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS DOS PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial à  
obtenção do título de bacharel em Serviço  
Social do Hospital de Clínicas de Porto  
Alegre da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Dolores Sanches  
Wünsch

**Aprovada em:** Porto Alegre, 5 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Dolores Sanches Wünsch, UFRGS  
Doutora pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vanessa Maria Panozzo, UFRGS  
Doutora pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

---

## **AGRADECIMENTOS**

**Dedico meus agradecimentos a todos aqueles que fizeram parte da minha vida e que de alguma forma direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação. A começar pelos meus pais Isabel e Manoel que mesmo sem ter tido a oportunidade de cursar o ensino superior sempre se dedicaram para que pudesse ocupar um lugar dentro da universidade e se empenharam para deixar a rotina de estudante menos desgastante através de tantos gestos cotidianos como a comida quentinha e a carona no final do dia. Agradeço meus irmãos Vivi e Bruno também por serem presentes e me incentivarem em todos os meus passos, em especial a Vivi que sempre assumiu um lugar de zelo oferecendo suporte e me auxiliando quando eu mesma ignorava minhas próprias necessidades.**

**Agradeço aos professores da graduação por todo conhecimento compartilhado e por nestes últimos cinco anos de graduação marcados por retiradas de direitos, deposição de uma presidente democraticamente eleita e ascensão governo de direita e fascista, sempre se manterem nos inspirando a manter a defesa de uma sociedade livre de dominação e exploração de classe, etnia e gênero. Da mesma forma, dedico também este trabalho a Assistente Social Renata e a professora Vanessa que me acompanharam no estágio e contribuíram na construção da profissional que estou me tornando sempre estimulando a pensar em conjunto estratégias para o enfrentamento dos desafios da nossa profissão. E obrigada Prof. Dolores, por ter aceitado ser minha orientadora e reconhecer meus avanços na elaboração em cada capítulo entregue com atraso e por ter tornado mais leve este momento tão cheio de ansiedades e preocupações que é o final de curso.**

**Às colegas e amigas de graduação venho lembrar em especial das manas Carolina, Cristina, Amanda e Patrícia que compartilharam a amizade, prazeres, angústias e que valorizaram meus passos no percurso acadêmico e pessoal. O instituto de Psicologia não era a mesma coisa nos dias sem vocês.**

**Aos amigos de Francisco, Henrique, Aline e Franklin, por mais que a graduação tenha criado distâncias, obrigado por terem sido presentes e por estarem comigo também nos momentos de dramas pessoais que sempre**

**acabam perpassando o desempenho acadêmico. Vocês ajudam a tornar a vida mais leve.**

**Vocês todos participaram desta caminhada em diferentes momentos e formas, seja através do colo nos momentos de cansaço, dos empurrões quando a gente precisa de um incentivo ou me mostrando a perspectivas diferentes da paisagem quando eu não fui capaz percebê-la por mim mesma. Guardo com carinho cada momento vivido e proporcionado por vocês.**

**Obrigada por tanto.**

## RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso pretende abordar o trabalho do assistente social no contexto hospitalar e sua contribuição para a integralidade na atenção a saúde a partir da experiência de estágio obrigatório no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O trabalho inicialmente fará uma revisão teórica sobre a instituição do SUS e sobre o trabalho das/dos assistentes sociais na política de saúde encerrada com uma pesquisa documental e de campo com os usuários atendidos pela acadêmica no serviço durante o período de estágio obrigatório. Dentre os objetivos propostos estão identificar as necessidades de saúde bem como os determinantes sociais de saúde que influenciam no processo saúde-doença, observar as intervenções realizadas pelo Serviço social e articulações com a rede intersetorial no sentido de contribuir para garantia de direitos e desvendar como ocorreu acesso dos direitos com a rede de serviços das políticas públicas após a alta hospitalar observando as potencialidades entraves para continuidade do acesso à saúde.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Integralidade. Saúde. Hospital.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Perfil dos usuários participantes da pesquisa .....	43
Quadro 2 Necessidades de saúde, serviços acionados dos usuários e articulações profissionais .....	46
Quadro 3 Acesso dos usuários aos serviços da rede intersetorial .....	60

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS .....	12
1.2 A INSTITUIÇÃO DO SUS E O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA.....	12
1.3 OS DESAFIOS ATUAIS DO SUS E DA MATERIALIZAÇÃO DOS SEUS PRINCÍPIOS .....	15
<b>2 EFETIVAÇÃO E OS ENTRAVES PARA O DIREITO A SAÚDE DIANTE DOS PRINCÍPIOS DO SUS E DETERMINANTES SOCIAIS .....</b>	<b>20</b>
2.1 DETERMINAÇÃO SOCIAL E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DA SOCIEDADE CAPITALISTA.....	20
2.2 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO TRABALHO EM SAÚDE INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL .....	23
<b>3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DO SUS .....</b>	<b>28</b>
3.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	28
3.2 RELATO DA EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL.....	32
<b>4 O ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS DOS PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS NO HCPA A PARTIR DA CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO: DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS. ....</b>	<b>40</b>
4.1 PERFIL DOS USUÁRIOS QUE COMPUSERAM A PESQUISA DE CAMPO.....	43
4.2 NECESSIDADES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS E ESTRATÉGIAS PROFISSIONAIS .....	45
4.3 ORIENTAÇÕES E ARTICULAÇÕES PROFISSIONAIS COM A REDE INTERSETORIAL .....	54
4.4 ENTRAVES, POTENCIALIDADES PARA ACESSO NA REDE.....	60
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA A COLETA DA PESQUISA DE CAMPO ..</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE B - BIBLIOGRAFIAS SISTEMATIZADAS POR CAPÍTULOS.....</b>	<b>78</b>

<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE LIGAÇÃO TELEFÔNICA PARA CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA .....</b>	<b>81</b>
--	-----------

## 1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso visa abordar o trabalho do Assistente Social na política de saúde sua contribuição para integralidade na assistência à saúde partindo da experiência de estágio obrigatório da pesquisadora realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre- HCPA. Para atingir o objetivo deste trabalho foi realizado uma pesquisa documental e de campo com os usuários/pacientes neurocirúrgicos internados e atendidos pelo serviço social durante o projeto de intervenção de estágio da acadêmica.

Para a compreensão do que orienta o trabalho do assistente social no contexto hospitalar e a finalidade desta pesquisa, é necessário situar algumas categorias centrais e seus significados bem como relacioná-las com o trabalho do assistente social. A começar pelo entendimento de saúde, que deve ser compreendida em seu sentido ampliado, ou seja, é importante entender que a saúde depende das diferentes esferas da vida do sujeito abrangendo as condições econômicas, moradia, trabalho, meio ambiente, alimentação (BRASIL, 1986). Interligado a esta concepção de saúde está o conceito de determinação social do processo saúde-doença que confere um caráter social além do biológico para a saúde, compreendendo que as possibilidades de exercer um modo de vida saudável são determinadas pelas condições de vida dos sujeitos. Assim os determinantes sociais da saúde são todos os aspetos da realidade dos sujeitos ou da comunidade que podem influenciar em sua saúde como: falta de acesso a saneamento, trabalhos em condições precárias, falta de renda, não acesso a serviços e demais formas de exclusão social consequentes do modelo de produção capitalista (RAMON, 2013).

A integralidade também assume uma categoria central do projeto de pesquisa do TCC, convém destacar sua importância para política de saúde, sendo esta um dos princípios da Lei Orgânica de saúde de 1990. Conforme esta lei integralidade de assistência a saúde é entendida como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). A compreensão deste princípio se estende para além de articulações dos serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade, mas também compreende “as diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo

e suas relações com a sociedade e o meio ambiente” (MATTA, 2007, p.71) abrangendo também o conceito ampliado de saúde defendido na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1996.

Desta forma, o atendimento integral consiste na continuidade do cuidado em saúde e atendimento das necessidades em diversas dimensões entre elas as dimensões econômicas, de moradia, trabalho, meio ambiente, alimentação, o que demanda um trabalho interprofissional para sua identificação embora ainda seja predominante nos serviços de saúde o trabalho multiprofissional. Ainda partir necessidade do trabalho multiprofissional ou interprofissional e do entendimento de sentido ampliado de saúde, o Assistente social se insere nas equipes ou nestes serviços assumindo um papel importante na identificação dos determinantes sociais pela capacidade de realizar uma apreensão crítica “dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade” (CFESS/CRESS, 2010, p. 35). Isso significa também compreender que a vida, assim como a saúde, é determinada socialmente (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014) tendo como moldes dessa determinação uma sociabilidade capitalista e geradora diversas expressões da questão social e impactos na saúde. O assistente social em conjunto com equipe também contribui para o enfrentamento dos determinantes identificados. Para tal, torna-se fundamental o trabalho numa perspectiva intersetorial, ou seja, através do conjunto das políticas sociais para minimizar os determinantes que compõem o processo saúde-doença e atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

Também é importante considerar que estas demandas de cuidados em saúde requerem uma (re)organização e/ou retomada das relações e vínculos sejam eles com as famílias consanguíneas ou não, para suprir as necessidades da continuidade dos cuidados com a saúde dos pacientes que tiveram alta hospitalar. Portanto, não se pode pensar em integralidade sem compreender as reais possibilidades das famílias em exercerem a continuidade dos cuidados no contexto social em que estas estão inseridas.

Considerando o trabalho do assistente social, no reconhecimento destas necessidades em conjunto com a rede intersetorial foi realizada uma pesquisa sendo esta constituída de duas partes: uma pesquisa documental e de campo. A pesquisa documental se destinou resgatar informações sobre as necessidades de saúde, identificadas no atendimento dos usuários, compreendendo dentro destes os

determinantes sociais, bem como as estratégias profissionais realizadas junto com a rede intersetorial para atendimento destas necessidades. Já a pesquisa de campo visou investigar a continuidade dos cuidados em saúde dos pacientes/ usuários após a alta hospitalar a fim de evidenciar as potencialidades e entraves no atendimento com a rede.

Assim, partindo da experiência de estágio esse trabalho se propõe a resgatar os resultados das ações advindas do projeto de intervenção, por meio da identificação dos determinantes sociais que podem influenciar o processo saúde-doença dos usuários atendidos e as estratégias profissionais com os serviços da rede. Da mesma forma, pretende-se investigar se suas demandas de saúde foram atendidas bem como visualizar a efetividade ou limites do acesso aos usuários aos direitos sociais e serviços.

Em síntese este trabalho visa contribuir para o conhecimento da intervenção do Serviço Social, bem como sua importância na perspectiva de acesso aos direitos de pacientes/usuários no contexto hospitalar e de sua efetivação. A relevância da pesquisa também está na produção de estudo que contribua para explicitar as dificuldades que os usuários passam após a alta hospitalar para acesso a serviços e as fragilidades encontradas neste acesso como também destacar as potencialidades e estratégias exercidas pelos profissionais do serviço para atendimento das necessidades de saúde dos sujeitos.

O presente trabalho é constituído de quatro capítulos sendo o primeiro uma contextualização dos aspectos históricos e contemporâneos do SUS (Sistema Único de Saúde); o segundo uma discussão dos desafios atuais do SUS e da materialização dos seus princípios; o terceiro uma introdução aspectos do trabalho do Assistente social na alta complexidade do SUS contendo um relato da experiência de estágio; e por fim a discussão dos resultados e análise da pesquisa. Cada capítulo foi organizado a partir de aportes bibliográficos acerca das ênfases dos capítulos cuja bibliografia está sistematizada no quadro apresentado no apêndice A.

## 1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco histórico para a conquista e reconhecimento da saúde enquanto um direito sendo imbricados aspectos históricos e contemporâneos que configuram o atual contexto em que se insere a saúde pública. Desta forma o presente capítulo aborda inicialmente a instituição do SUS e aspectos históricos da saúde no Brasil anterior a sua criação e a relação do movimento de reforma sanitária na defesa da saúde neste processo. A seguir se discutirá os desafios atuais do SUS e da materialização dos seus princípios.

## 1.2 A INSTITUIÇÃO DO SUS E O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA

O resgate sobre o movimento de reforma sanitária no Brasil remete a pensar como se deu a proteção social e o direito a saúde como parte desse processo. A proteção social começou a ter suas primeiras expressões no Brasil na ditadura de Getúlio Vargas (1930-1945), período em que foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). Décadas depois, no período da ditadura militar, o sistema de saúde brasileiro era composto por ministério da saúde e pelo sistema de assistência médica da previdência social, sendo a execução dos serviços realizada por Institutos de Aposentadoria e Pensões divididos por categoria ocupacional unificados pelo INPS (Instituto Nacional de previdência Social). Nessa mesma lógica, em 1977, foi criado o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e previdência Social - como política de saúde desta época. No entanto, a cobertura do acesso saúde nesse período, como parte do sistema de proteção social, era subfinanciado e se dava de forma fragmentada e desigual o que limitava as possibilidades de acesso a serviços de saúde apenas para quem contribuía para a previdência social. Pessoas sem emprego ou empregos informais não tinham uma oferta serviços públicos adequada visto que o acesso à assistência em grande parte dependia da contribuição a institutos de aposentadoria e previdência social restando como alternativa ao acesso à saúde alguns serviços públicos, filantrópicos e particulares custeados pelo próprio trabalhador. O mesmo período também foi marcado por reformas que impulsionaram a expansão do sistema de saúde privado

por meio de recursos federais para construção de hospitais privados e de isenções de impostos a serviços de saúde privados o que contribuiu para o crescimento de planos de saúde particulares (PAIM; et.al., 2011).

Concomitante à criação do INAMPS e à expansão do setor privado na saúde, o Brasil vivenciou um momento de queda na economia. Na década de 60, a entrada de capital estrangeiro fomentou a economia e desenvolvimento econômico, mas não contribuiu para a distribuição de renda, nem para ampliação de políticas que pelo contrário sofriam com uma diretriz de gastos, que tornava a participação da saúde no orçamento da união reduzido (Braga, Paula, 1986 apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Na década seguinte, a crise econômica decorrente do aumento do preço do petróleo atingiu o país ocasionando perda do poder aquisitivo, crise nos serviços públicos e mudanças nas condições de vida dos trabalhadores. Nesse contexto se inicia os movimentos pelas reformas no campo da saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em oposição a esse modelo de acesso à saúde, na década de 70, foi iniciado o movimento da reforma do setor da saúde composto por diversos setores da sociedade entre sindicatos e pessoas que compunham a classe média e partidos de esquerda ilegais neste período. Este movimento tinha como luta a universalização da saúde como direito e a defesa da concepção política e ideológica da saúde como “uma questão social e política a ser abordada no espaço público”. Esta mobilização resultou posteriormente no Movimento de Reforma Sanitária fundado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1970 que contou com alianças de parlamentares progressistas, movimentos sociais e gestores de saúde municipais (PAIM et. al., 2011). Nesse contexto a revista Saúde em Debate passou a ser um dos principais difusores do ideário do movimento, e o CEBES, “uma de suas referências como entidade da sociedade civil” (SCOREL, 1999; SOPHIA, 2012, apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Em 1979, o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, reuniu diversas lideranças do movimento. O CEBES juntamente com Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro apresentou um documento que buscava sintetizar as reivindicações do movimento de reforma sanitária. Estas eram acesso universal à saúde, caráter intersetorial dos determinantes da saúde, participação popular descentralização, regionalização e hierarquização do sistema de saúde, necessidade de integração entre a saúde pública e previdenciária entre outros (CEBES, 1980 apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Os sanitaristas propunham também

ampliação da cidadania e da democracia na reforma como meio de melhorar a condições de saúde da população. Em 1985 encerra-se a ditadura militar no Brasil trazendo ao Congresso Nacional a necessidade da construção de uma nova constituição para retorno da democracia no país.

Neste contexto, a partir das mobilizações do movimento de reforma sanitária e do processo de retorno ao regime democrático, em 1986 ocorreu a 8<sup>o</sup> Conferência Nacional de saúde que traz como um de seus marcos a aprovação do Conceito Ampliado de saúde descrito a seguir:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1996, p.4).

A defesa da saúde pública iniciada pelo movimento de reforma sanitária foi fundamental na Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), na qual resultou na reconfiguração da seguridade social. A partir das mobilizações do movimento de reforma sanitária neste processo, a saúde passou a ser componente do tripé da seguridade social está presente na Constituição Federal de 1988 sendo disposta como “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).

Também são delineadas através do art. 196 da Constituição a regionalização e hierarquização do sistema único de saúde através da descentralização em cada esfera de governo e a assistência integral à saúde priorizando ações preventivas e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Anos mais tarde, com o objetivo concretizar a política de saúde disposta na constituição federal foi aprovada a Lei Orgânica de Saúde, Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde - SUS e traz em seus os princípios da integralidade a universalidade do acesso à saúde e, como um dos objetivos, a identificação dos fatores determinantes e condicionantes sociais da saúde. Cabe aqui destacar o princípio da integralidade presente na Lei Orgânica de Saúde, com a articulação dos serviços de saúde nos diversos níveis e complexidade do sistema como parte integrante da

assistência. Esta concepção foi e é fundamental para superar a fragmentação da saúde quanto política.

### 1.3 OS DESAFIOS ATUAIS DO SUS E DA MATERIALIZAÇÃO DOS SEUS PRINCÍPIOS

A instituição do SUS no Brasil ampliou significativamente o acesso a saúde. A descentralização dos recursos em cada esfera de governo e das atribuições possibilitou aumentar as ofertas de serviços e ações. No entanto, o SUS ainda possui uma série de desafios para sua materialização dos princípios da integralidade e universalidade bem como sua cobertura à população brasileira.

Uma das dificuldades presente na constante disputa do SUS enquanto política pública e universal por um projeto está a privatização do SUS através de investimento de dinheiro públicos no setor privado de saúde. Em 2014, os gastos públicos com saúde foram de 46% enquanto os custos com a saúde privada foram de 54% (GHO, 2017 apud MELO, 2017). Em comparação com outros sistemas universais de saúde, o Brasil é o que mais gasta no setor privado de saúde. Países como Argentina, Uruguai, Colômbia respectivamente tem como gastos privados na saúde 45%, 29% e 25% dos investimentos (OCDE, 2011 apud MELO, 2017). Os gastos públicos na saúde privada fazem com que o SUS enfrente os interesses econômicos de operadoras privadas de planos de saúde, indústrias farmacêuticas e equipamentos médico-hospitalares (PAIM, 2018).

Em 2000, como forma de contornar o subfinanciamento do SUS foi promulgada a Emenda Constitucional 29/2000 que altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta um artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. No entanto, não trouxe mudanças efetivas à estrutura de financiamento esta não interferiu na porcentagem do PIB - Produto Interno Bruto - destinada a saúde, deixando o gasto público SUS ainda inferior aos gastos com a saúde privada. Através da Emenda Constitucional 29/2000 são estabelecidos limites mínimos de gastos com saúde em cada esfera do governo, sendo regulamentada de fato pela Lei Complementar 141 de Dezembro de 2012. A Emenda Constitucional 20/2000 prevê que os estados e os municípios determinem de 12% a 15%, respectivamente do orçamento próprio para saúde,

enquanto a União deve destinar “o gasto realizado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto” (ANDRADE et. al., 2018, p.368). Estas mudanças tiveram forte impacto nos orçamentos públicos, o que ocasionou a diminuição dos gastos federais com saúde e aumentos dos investimentos dos estados e municípios no financiamento da saúde. Em 2015 o financiamento público da união foi de 43%, enquanto estados e municípios contribuíram com 26% e 31% respectivamente (ANDRADE et. al., 2018).

Por outro lado, a descentralização dos recursos também pode acarretar a realização de gastos compensatórios para atender as desigualdades de recursos nos serviços dos estados. A descentralização também impacta na insuficiência para o atendimento dos serviços da rede de saúde que não dispõem de recursos para a sua manutenção. Com a descentralização, as cidades de grande porte, pela falta dos repasses federais e estadual e pela pressão societal, estão gastando mais do que os 15% previstos, enquanto municípios menores não conseguem realizar essa compensação.

Outro obstáculo é a Emenda Constitucional n. 95/2016 que traz ainda mais impactos no financiamento dos SUS através do congelamento dos investimentos em educação por 20 anos. Como consequência, a insuficiência de recursos acarreta problemas na rede de serviços do SUS tais como baixa remuneração dos trabalhos e na estrutura dos serviços públicos.

O Estado brasileiro através dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Problemas de gestão como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa, têm sido destacados, embora as alternativas acionadas impliquem a desvalorização dos trabalhadores de saúde, através das terceirizações e da precarização do trabalho (PAIM, 2018, p. 1725)

Diante dos processos de precarização da política de saúde o discurso da privatização é fortalecido sendo proposto como a solução viável para qualidade na assistência a saúde. O subfinanciamento do SUS acaba agindo também como uma estratégia de *boicote passivo* da política pública de saúde em favor do setor privado de saúde através do financiamento do Estado, desonerações e sub regulamentações (PAIM, 2018). Conforme Paim, é assegurado pelo executivo “um

padrão de financiamento para o setor privado com o apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social e da Caixa Econômica Federal, bastante distinto em relação às instituições públicas do SUS” (PAIM, 2018, p. 1725), medida que facilita a privatização da Saúde.

Concomitantemente aos processos de privatização e mercantilização da saúde ocorre a sua desmercantilização que consiste nos gastos indiretos através de renúncias fiscais, por exemplo, o que é outra forma de apoiar a saúde privada (LIMA, 2017). Conforme Lima (2017) a apropriação indireta de recursos públicos pelo setor privado contribui para o subfinanciamento do SUS, “pois o setor privado, sendo indiretamente financiado pelo setor público entrega ao setor público uma parte dos seus custos” (DAIN, 2015; GIAIMO, 2002 e 2014 apud MELO, 2017, p. 110). Ao mesmo tempo em que a privatização ameaça o SUS, este tem papel importante para a sustentação econômica das empresas privadas da saúde incluindo serviços de assistência em níveis de alta complexidade.

Além do financiamento também se coloca como desafio ao acesso universal e igualitário à saúde, as práticas que ainda expressam o modelo médico-hegemônico centrado mais na doença do que na saúde. Assim ainda se privilegia o tratamento em serviços especializados em detrimento de prevenção e assistência na saúde no território e na atenção básica. O modelo médico hegemônico também reflete na integralidade pela ainda frágil interlocução entre os serviços de alta complexidade e os de atenção básica.

Todos estes processos que precarizam a política impacta diretamente na efetivação dos princípios do SUS. Para melhor compreensão do que orienta a política, cabe destacar os significados que os princípios da integralidade, universalidade e equidade carregam.

A começar pela universalidade, esta é afirmada pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) como um direito de todos e dever do Estado. O entendimento de saúde como direito traz uma concepção de saúde totalmente diferente do modelo do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Assim o acesso se dá a todos os cidadãos sem nenhum tipo de contribuição ou qualquer forma de pagamento. Cabe destacar que o acesso universal à saúde não pode ser associado à gratuidade, pois esta se insere em uma lógica de consumo, o que vai em contramão à concepção de saúde enquanto direito individual e coletivo (MATTA, 2007 apud Matta 2007).

A universalidade da saúde também é vinculada ao entendimento ampliado de saúde, compreendendo que a saúde de uma determinada população é resultante das formas de organização social e das condições econômicas e sociais que compõem o processo saúde-doença. Isso significa também que o Estado deve se responsabilizar por criar políticas econômicas que permitam o acesso ao desenvolvimento social para o acesso à saúde no sentido ampliado (MATTA, 2007).

Quanto ao princípio da integralidade conforme Mattos (2002) este possui quatro sentidos: 1) em contraposição a dicotomia entre saúde preventiva e assistência médica existente antes da promulgação do SUS, por isso então, a denominação do SUS como sistema único de saúde para que em cada esfera de gestão da política sejam organizadas ações que visem atingir a integralidade; 2) em oposição ao modelo de saúde biomédico, incorporando o conceito de saúde ampliado no entendimento de saúde e dos determinantes sociais que impactam no processo de produção de doença e dessa forma promover práticas de saúde que atendam as necessidades dos usuários assim como práticas humanizadas; 3) no sentido da formulação de políticas que atendam as necessidades de saúde incluindo políticas para populações específicas; e por fim 4) através de ações na educação com o profissionais de saúde a fim de capacitá-los para práticas integrais de saúde.

A equidade apesar de não estar dentro da Lei n. 8.080/1990 tem sido enfatizada nos textos acadêmicos e nas políticas de saúde para grupos específicos. No período da aprovação da lei orgânica de saúde, estava em voga a igualdade na concepção de cidadania. No entanto, o acesso igualitário pode não ser suficiente para as necessidades de saúde de todos os usuários compreendendo as desigualdades econômicas, de saúde e de acesso aos serviços de saúde. Assim, “a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade” (MATTA, 2007, s/p.). Como exemplo de política para grupos específicos que incorpora na política a equidade está a Política Nacional de Saúde Integral a População Negra. A política reconhece a necessidade de instituição de mecanismos de promoção de saúde integral desta população para enfrentamento do racismo institucional do SUS e para a superação de barreiras estruturais e cotidianos que incidem nos indicadores de saúde da população negra tais como altas taxas de mortalidade materna e infantil, precocidade nos óbitos, maior prevalência de doenças crônicas e altos índices de violência (BRASIL, 2017). Nesse sentido um dos

seus objetivos é “definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde” (BRASIL, 2009). A política marca o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2009).

Neste sentido, o SUS assim como as demais políticas de saúde tem em sua essência ideais vinculados à universalização e democratização da saúde que possibilitaram a ampliação do acesso à saúde pela população brasileira. Contudo, ainda enfrenta uma série de ameaças em meio ao cenário neoliberal.

## **2 EFETIVAÇÃO E OS ENTRAVES PARA O DIREITO A SAÚDE DIANTE DOS PRINCÍPIOS DO SUS E DETERMINANTES SOCIAIS**

Realizada a discussão dos marcos históricos e legais da política de saúde cabe agora discutir e alguns referenciais teóricos embasam e corroboram com os princípios do SUS e demais conceitos presentes nas políticas de saúde. Assim se fará uma revisão teórica sobre o entendimento de determinantes sociais e determinação social da saúde, sobre a integralidade e o caráter interprofissional da sua materialização e por fim o trabalho intersetorial.

### **2.1 DETERMINAÇÃO SOCIAL E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DA SOCIEDADE CAPITALISTA**

A medicina ao longo da história buscou compreender a causa do surgimento de doenças tendo propostos diferentes modelos de explicação da doença. No início do século XX se difundia o modelo unicausal da doença e modelo biomédico que reiterava práticas centradas na doença e no hospital e na compreensão curativista, biologicista e fragmentada da saúde (PETTRES, ROSS, 2018).

A partir da década de 1970, iniciaram-se questionamentos sobre o paradigma biomédico da doença e da compreensão desta como um fenômeno individual. A incorporação do contexto social no processo saúde-doença surgiu da necessidade da medicina compreender a causalidade dos problemas de saúde que surgiram nos países industrializados como tumores malignos e doenças cardiovasculares (LAURELL, 1983 apud GARBOIS; SODRE; DALBELLO-A-ARAUJO, 2017). Neste contexto iniciou-se a discussão dos determinantes sociais da saúde e da determinação social do processo saúde-doença.

A discussão sobre os determinantes sociais da saúde parte da compreensão de que as desigualdades interferem na saúde envolvendo as condições de trabalho de vida e de acesso a serviços e recursos de saúde (ALMEIDA-FILHO apud GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2015). A partir deste entendimento abrangente, a Organização Mundial da Saúde - OMS- criou em 2005 a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde - CMDSS. Esta comissão traz também como causadores da doença as “condições nas quais as pessoas nascem, crescem,

vivem, trabalham e envelhecem, condições essas, que em conjunto, lhes conferem a liberdade necessária para viver as suas vidas” (SEN, 1999; MARMOT, 2004 apud OMS, 2010, p. 1). Nesse sentido as condições de vida desiguais são consequências das condições estruturais de como as sociedades se organizam e pela ausência de políticas públicas efetivas que estão diretamente relacionadas às políticas econômicas. Assim estes agentes estruturais que impactam na condição de vida das populações compõem o conjunto dos determinantes sociais da saúde (OMS, 2010).

A CMDSS adotou o modelo explicação dos determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead. Este modelo explica os determinantes sociais em camadas. Assim a primeira camada expressa as características individuais que podem se relacionar macro determinantes, entre elas estão sexo e fatores genéticos dos indivíduos. Na segunda camada, fatores individuais relacionados a estilos de vida, comportamentos, porém não dissociados dos determinantes sociais da saúde, pois dependem das condições de acesso a informações, e possibilidades de se levar um estilo de vida saudável incluindo, nestas a alimentação. A terceira se refere as “redes sociais e comunitárias e de apoio” que conformam redes de solidariedade e expressam em maior ou menor grau de acordo com a sua organização o nível de coesão social (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 67). Na quarta camada se localizam os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, acesso a serviços essenciais de saúde e educação, e a disponibilidade de alimentos. Por fim a quarta camada expressa os macrodeterminantes que se relacionam com o contexto econômico, social, ambiental que as sociedades vivem e os determinantes “supranacionais como o processo de globalização” (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 67).

Mais recentemente em 2011, a OMS estabelece um novo marco conceitual para os determinantes sociais de saúde a partir do modelo de Solar e Irwin (2010 apud GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2017) incorporado a partir da Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011 (OMS, 2011, apud GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2017). Conforme este modelo, existem determinantes estruturais e intermediários. Os determinantes estruturais dizem respeito ao contexto social, econômico, político que geram a estratificação das populações conforme renda, posição socioeconômica, gênero, raça/etnia, educação e que implicam nas condições de saúde e determinam o lugar

de cada uma dentro das hierarquias sociais. Os determinantes estruturais podem se produzir e se manter a partir de:

1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; 2) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social e 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade (SOLAR; IRWIN, 2010, apud GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, p. 67).

Em ambas as definições de determinantes sociais se estabelece uma relação entre os diversos aspectos que compõem vida (alimentação, acesso a serviços, possibilidades de exercer uma vida saudável) relacionando-as com o contexto macrosocietários. Porém a segunda apresenta os determinantes estruturais, descreve outros fatores de forma mais elucidativa, para além dos macrodeterminantes proposto no primeiro modelo de forma mais genérica.

Indissociado do entendimento crítico dos determinantes sociais está o conceito determinação social do processo saúde doença. O conceito surgiu como forma de contrapor o modelo biomédico de saúde tendo ganhado força na medicina social latina americana (LAURELL, 1984, apud SODRÉ, GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2017). A partir deste conceito, o fenômeno saúde-doença assim é atendido como um fenômeno coletivo, no qual se busca a analisar sua essência e não apenas suas manifestações. Dentro da compreensão da determinação social da saúde se desloca deixa-se de lado o fator social para o processo social, no qual engloba de leis históricas de produção e organização das sociedades bem como também as relações de trabalho que podem causar impacto no processo saúde-doença (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2017).

A saúde, para alguns autores, é condicionada pelas possibilidades de se ter acesso aos bens produzidos e de se viver com maior ou menor desgaste físico os quais dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção. Quando se investe em maior desenvolvimento das forças produtivas se diminui além do tempo de produção de uma mercadoria também o desgaste físico do trabalhador que desempenha o trabalho, assim melhora-se as possibilidades de viver dos sujeitos de ter uma maior expectativa de vida (SILVA, ALBUQUERQUE, 2014). Em uma sociedade de classes, as possibilidades e restrições da produção da

vida e acesso aos produtos do trabalho social são determinadas pelo lugar que a classe ocupa na sociedade. Assim, a classe trabalhadora inserida em contextos de pouco desenvolvimento de força produtivas e cujos seus trabalhadores estão em condições mais pauperizadas, além de sofrerem impactos pelo maior desgaste físico também são colocadas em uma posição de menor acesso aos produtos do seu próprio trabalho.

Nesse sentido ainda na discussão entre classe social e saúde, os fenômenos sociais coletivos associados aos processo saúde-doença são compreendidos a partir da perspectiva social e científica da abordagem marxista compreendendo que determinação social da saúde é permeada pelas contradições, partes do projeto de classes e disputa existentes na sociedade capitalista (ROCHA, DAVID, 2015). Assim:

é importante localizar o conceito da determinação social da saúde sob a matriz marxista no contexto de saúde como bem coletivo e, portanto, produto da acumulação social. O reconhecimento das necessidades e dos desejos dos grupos sociais e das coletividades, quando transformados em ação para concretizar estas necessidades e desejos, necessariamente gera confrontos com outros interesses hegemônicos. (COSTA, 2009, p. 444 apud RAMON, 2013, p. 75).

A partir da compreensão de que as formas de produção e da vida e da saúde é determinada socialmente, é que se torna disposto na Lei Orgânica de Saúde que os “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990) assim torna-se um dos objetivos da política de saúde a identificação dos determinantes e condicionantes de saúde.

## 2.2 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO TRABALHO EM SAÚDE INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL

Discutimos aqui os princípios do SUS e sua importância para a saúde ampliada. No entanto é importante situar como meio para atingir a integralidade o trabalho interprofissional. O sentido da Integralidade a se destacar ao prestar assistência à saúde nos serviços dos SUS: a compreensão que incorpora o entendimento de saúde ampliado para além da doença e da visão biomédica. Assim para que sejam identificadas as necessidades de saúde em suas várias formas e efetivadas estratégias que atendam a estas necessidades, é fundamental a articulação interprofissional entre as equipes, visto que um único saber não dará

conta de apreender e responder todas as necessidades de saúde do sujeito/usuários. Nesse sentido, a interprofissionalidade assume um papel importante para a integralidade na saúde.

Cabe situar aqui algumas distinções entre multiprofissionalidade e interprofissionalidade. A primeira pode trazer limitações para a integralidade por ter um caráter de “justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado” (ALVARENGA, et al. 5945, 2013). Neste sentido, a interprofissionalidade, supera a multiprofissionalidade, pois busca uma efetiva articulação entre os profissionais que compõem as equipes. De acordo com Câmara (2014), é uma prática colaborativa entre profissionais que promove a interdisciplinaridade e integralidade e contribui para facilitar a compreensão entre as equipes acerca dos papéis profissionais e com compromisso na solução de problemas e na negociação na tomada de decisão.

Trazendo a discussão para âmbito da alta complexidade do SUS, a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP, regulamentada pela Portaria n. 3390 de 2013 reforça a necessidade de articulação entre profissionais. No artigo 3º afirma a importância da interdisciplinaridade para assistência integral na alta complexidade ao trazer o entendimento do hospital como uma:

instituição complexa, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

Assim, o trabalho articulado entre equipes tem uma função importante para atendimento das necessidades de saúde. Cabe frisar que estas necessidades são entendidas aqui a partir do conceito ampliado defendido pelo movimento de reforma sanitária. Neste conceito as necessidades de saúde podem se manifestar de diversas formas entre elas através de:

busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a) efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida (CECILIO, 2009, p. 120).

A interprofissionalidade assim é fundamental para além do atendimento das necessidades de saúde durante a internação, mas também no processo de alta ao planejar a continuidade do cuidado em saúde com a família e com os serviços da rede. Nesse sentido, as necessidades de saúde têm relação direta a determinação social do processo saúde-doença, tendo em vista que as condições de trabalho, moradia, alimentação, suporte familiar interferem nas possibilidades de se ter uma vida saudável e geram estas necessidades. Dessa forma todas estas necessidades da saúde precisam ser observadas nos serviços que recebem os usuários para que sejam geradas ações com a rede intersetorial que deem respostas às demandas dos usuários.

Ainda se observa a predominância de um trabalho multiprofissional principalmente em serviços de alta complexidade, ou seja, sem que haja uma efetiva articulação entre os profissionais que compõem a equipe. A ordem tradicional dos serviços de saúde ainda reforça um isolamento profissional, pois os profissionais acabam somando procedimentos de forma fragmentada sem maiores articulações, o que é oposto do trabalho interprofissional (SOUZA, ALCANTARA, SILVA, 2011). É fundamental que equipe saúde esteja atenta para identificação destas necessidades e existência de espaços interprofissionais nos serviços para a discussão destas necessidades.

A educação interprofissional é uma proposta que visa contribuir para superar a fragmentação do trabalho. A OMS (2010) orienta que na educação profissional, as práticas colaborativas trazem resultados positivos como redução do número de complicações de pacientes, da duração da internação, a tensão e o conflito entre os prestadores de assistência, a rotatividade de profissionais, número de internações, as taxas de erros médicos e taxas de mortalidade.

Assim, é possível inferir que a assistência efetiva à saúde não se dá somente na perspectiva curativa doença, mas a partir do entendimento ampliado de saúde e das práticas integrais de assistência. Estas práticas devem ser tanto a partir da compreensão dos sujeitos no todo, o que demanda um trabalho interprofissional para desvelamento do processo saúde-doença, como a partir da articulação entre serviços de diferentes níveis de complexidade SUS e em nível intersetorial.

É importante reiterar que contexto societário em que vivemos está dentro dos moldes sociabilidade capitalista, e que é inerente deste modelo econômico as diversas formas de exclusão e negação de direitos que vão compor o processo

saúde-doença. É comum que cheguem as equipes de saúde usuários sem renda, ou que trabalhem informalmente, em situação de rua, sem acesso a transporte entre outras necessidades que vão para além do atendimento da política de saúde. Assim para atender a complexidade demandas que podem ser aprendidas nas expressões da determinação social da saúde se faz necessário a articulação com a rede intersetorial visto que a integralidade compreende buscar entender e atender as necessidades de saúde dos sujeitos na sua totalidade.

Os demais serviços da rede intersetorial são fundamentais também para a promoção de saúde tendo em vista seus papéis para o acesso a direitos e, por conseguinte o acesso à saúde ampliada. Conforme a política Nacional de Promoção de saúde a intersetorialidade:

se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (BRASIL, 2014).

No artigo 5º da Política Nacional de Promoção de Saúde - PNPS, tem se como uma das diretrizes da política “o estímulo à cooperação e à articulação intrasetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde” (BRASIL, 2014). Buss (2000) reforça a importância da intersetorialidade, conforme sua discussão teórica:

Do ponto de vista conceitual, a intersetorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da questão saúde, e não somente do setor saúde, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política (BUSS, 2000, p. 174176).

A intersetorialidade pode se dar através de articulações de diferentes atores sociais como governo, sociedade civil movimentos sociais, universidades com o objetivo de ampliar o olhar sobre objeto, ou demanda, para melhor analisar problemas e necessidades do território e buscar soluções compartilhadas (GARCIA et al., 2017). Estas articulações podem se realizar através de reuniões de rede com diferentes políticas públicas, discussões de caso. No contexto hospitalar ainda é um desafio efetivar a intersetorialidade, pois ainda não faz parte da cultura das equipes a articulação com os serviços da rede, muitas vezes sendo atribuída ao assistente

social a efetivação dos contatos com serviços. Por ainda ser presente nos hospitais o modelo de saúde biomédico, é comum que o reconhecimento das necessidades de saúde que vão para além do atendimento no hospital só sejam percebidos quando interferem na alta hospitalar do paciente. Por isso é importante que as necessidades de saúde sejam analisadas também a partir do entendimento ampliado do que são estas necessidades de saúde pela equipe como um todo. Para tanto se faz necessário o trabalho interprofissional para que ao se dividir as responsabilidades com as diferentes políticas públicas se garanta o atendimento das diferentes necessidades de saúde do usuário.

A saúde não pode ser entendida isoladamente pelo viés biomédico, mas sim compreendendo as diversas relações sociais e formas de viver que decorrem do contexto societário. Assim se faz necessário a compreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários o que demanda um trabalho interprofissional para identificação destas necessidades e intersetorial para que estas sejam atendidas através do conjunto das políticas públicas.

### **3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DO SUS**

Este capítulo iniciará com uma revisão teórica sobre o trabalho do assistente social na política de saúde e seus parâmetros profissionais, bem como sua contribuição para a concretização do princípio da integralidade, e a seguir apresenta a experiência de estágio obrigatório vivenciada pela acadêmica, retomando essa experiência nesse espaço ocupacional e evidenciando elementos do trabalho profissional no âmbito da saúde.

#### **3.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE**

O assistente social historicamente tem como espaço de atuação profissional as políticas públicas, sendo a política de saúde um campo com grande inserção destes profissionais na perspectiva de contribuir para o acesso aos direitos dos usuários da política. Assim, o assistente social é reconhecido como profissional da área da saúde a partir da Resolução n. 218 de março de 1997 do Conselho Nacional da Saúde e o Conselho Federal de Serviço Social na Resolução n. 383 de 29 de março de 1999 que caracteriza o assistente social como um trabalhador desta política.

A inserção do assistente social na saúde se dá em consonância com o entendimento de saúde ampliado e com os princípios da universalidade e integralidade do acesso a saúde defendidos pelo movimento de reforma sendo estas pautas de luta se alinhadas com o projeto ético-político da profissão o qual orienta o trabalho profissional. No projeto ético-político é anunciado o posicionamento a favor da equidade e justiça social, universalização de direitos e acesso a serviços relativos a políticas sociais, socialização da riqueza socialmente produzida bem como a defesa de uma sociedade sem exploração de classe, etnia e gênero (NETTO, 2009).

No entanto, dentro do projeto societário hegemônico capitalista que subalterniza e explora a classe trabalhadora, cabe a este profissional o desafio de contribuir para a efetivação do acesso a direitos desta classe nos espaços profissionais onde se insere. Para tanto são requisitadas competências profissionais, as quais serão destacadas a seguir:

apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; • análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; [...] • identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996 apud CFESS, 2010, p. 35).

Da mesma forma, dentro da política de saúde, é fundamental para a efetivação da integralidade o trabalho de um profissional capacitado para realizar uma leitura da realidade que não desvincule os processos sociais da saúde visto que estes compõem o processo saúde-doença. Neste sentido, o próprio movimento de reforma sanitária requisita para o assistente social algumas competências no trabalho executado nos serviços de saúde. Entre estas, estão a democratização do acesso a serviços de saúde, atendimento humanizado aos usuários, interdisciplinaridade, estratégias de aproximação da instituição com a realidade, abordagens grupais, acessos democráticos a informações e estímulo à participação dos usuários (BRAVO; MATOS, 2006 apud CFESS, 2010).

A partir da formação profissional, tendo como base teoria crítica marxista, o assistente social tem um papel de desvelar a realidade identificando as demandas e expressões da questão social presentes na vida dos usuários. Conforme Iamamoto (2008) as expressões da questão social compõem:

o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2008, p. 27-28).

As expressões da questão social, objeto de trabalho profissional, tem uma relação direta com determinação social da saúde visto que a sociabilidade capitalista produz desigualdades sociais, pobreza, falta acesso a saúde, desproteção entre outras mazelas que recaem sobre os trabalhadores e que impactam em sua saúde. Dessa forma também se considera relevante para o trabalho do assistente social a determinação social sustentada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida que impactam diretamente no processo de saúde-doença (CFESS, 2010, p. 40).

Nesse sentido, a partir da competência deste profissional em identificar os determinantes sociais da saúde sob análise dos processos de exclusões sociais inerentes da sociedade capitalista, o assistente social tem um papel importante na composição de equipes interprofissionais, ou multiprofissionais nos serviços de

saúde. Cabe destacar a atuação do assistente social nas ações de atendimento direto ao usuário <sup>1</sup>.

As ações de atendimento direto ao usuário são compostas pelas ações socioassistenciais, socioeducativas e ações de articulação com a equipe. As ações socioassistenciais fazem parte das competências do assistente social na política de saúde, através das seguintes intervenções: realização do perfil socioeconômico dos usuários, a fim de evidenciar as condições determinantes e condicionantes de saúde e a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; democratização com os usuário informações sobre direitos; ênfase nos “determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes” (CFESS, 2010, p.45); contribuição ao facilitar o acesso a serviços aos usuários assim como de direitos na esfera da seguridade social; realização de visitas domiciliares para conhecer a realidade do usuário e visitas institucionais para mobilização dos serviços quando avaliada a necessidade pelo serviço social; contribuir para fortalecimento dos vínculos familiares “na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (CFESS, 2010, p. 45); “elaboração estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde” (CFESS, 2010, p. 45); entre outras. Estas ações, no caso do atendimento de usuários internados em hospitais, são fundamentais para a integralidade na saúde visto que são através delas que é possível apreender os determinantes sociais bem como articular com o usuário, a equipe e os serviços da rede intersetorial intervenções que contribuam para a continuidade do cuidado em saúde.

Dentro da mesma relação de acesso a direitos e aos serviços estão as ações socioeducativas. Trata-se de orientações reflexivas sobre acesso a serviços e a direitos realizadas com usuários e familiares com objetivo de enfatizar com os usuários o acesso da saúde como um direito em uma perspectiva de emancipação dos sujeitos. Estas podem ocorrer através de oficinas, atendimentos individuais, elaboração de folhetos informativos que facilitem o acesso a serviços e direitos,

---

<sup>1</sup> Conforme os parâmetros de atuação do Assistente Social na política de saúde os/as assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos dentro da política de saúde, sendo estes: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010).

entre outros. No contexto de internação hospitalar, estão ações muito se dão através dos atendimentos aos usuários e familiares ao buscar dar respostas através das políticas sociais às suas necessidades.

Outra ação importante são ações de articulação com equipe a qual tem uma relação importante como o trabalho interdisciplinar ou interprofissional através da inserção do assistente social nos diversos espaços equipes de saúde dos serviços. O assistente social tem um papel importante de discussão da humanização da assistência a saúde a partir de uma perspectiva ampliada com enfoque nos determinantes sociais da saúde com os demais profissionais. No contexto hospitalar o assistente social deve ter uma participação importante no atendimento em conjunto e nas decisões referentes a alta:

A alta hospitalar é outra demanda que precisa ser refletida pela equipe a fim de estabelecer as atribuições dos diversos profissionais. Parte-se do pressuposto de que a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou família é que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no processo de alta (CFESS, 2010, p. 48).

Assim faz-se necessário a inserção do assistente social em espaços multiprofissionais e interprofissionais para que este profissional possa atender e identificar o que demanda para o seu trabalho bem como contribuir para a de alta. Parte importante do planejamento de alta é articulação das necessidades de saúde com os serviços da rede do SUS e rede socioassistencial. Esta não é uma atribuição exclusiva do Assistente Social, contudo, como mencionado no capítulo anterior, frequentemente fica esta função incumbida este profissional. O hospital, por ser um serviço superespecializado de alta complexidade, ainda é entendido como um local "de finalização, da última palavra, de atendimento de demandas pontuais" (CECILIO, 2009, p. 120) e muitas vezes desconexo com demais serviços da rede limitando a articulação com outros serviços a contrarreferência ou encaminhamentos. No entanto, a integralidade só é alcançada em rede, para tal é importante que o hospital assuma o lugar de um serviço que compõe a rede do SUS e responsável pela integralidade do cuidado em saúde na concepção ampliada (CECILIO, 2009). Assim, para além do atendimento superespecializado e interdisciplinar é importante que seja incorporado à cultura de assistência à saúde hospitalar o reconhecimento do hospital como parte da rede e atribuição deste serviço em buscar formas de articulações com demais serviços da rede.

O assistente social é o profissional que mais articula ações em rede contribuindo também para articulação das equipes do serviço de saúde com rede intersetorial através de discussões de casos com o usuário/paciente, a equipe do hospital e demais serviços. Dessa forma, o assistente social também acaba sendo uma ponte que em alguma medida aproxima a equipe de saúde do hospital com a rede.

Portanto, a saúde não pode ser efetivada plenamente através de ações profissionais isoladas, é importante partir do conceito ampliado de saúde identificar as diversas necessidades de saúde dos sujeitos somente concretizado no trabalho interprofissional e interdisciplinar. A partir da compreensão da totalidade os aspectos sociais que compõem o processo saúde-doença, o assistente social tem um papel fundamental para a integralidade através da apreensão dos determinantes sociais da saúde e da competência de articular, em conjunto com equipe, formas de enfrentamento a estes. Também assume um papel importante para a compreensão da saúde ampliada com as equipes à medida que enfatiza nas discussões de casos os determinantes sociais bem como as necessidades que usuário terá na rede de serviços. Por ter uma formação e atuação que inclui no projeto ético-político a defesa da universalidade e equidade do acesso a serviços tem um potencial importante a reflexão e entendimento da saúde com demais trabalhadores do SUS a partir dos princípios da política de saúde e da defesa desta política concebida pelo movimento de reforma sanitária a partir do acesso universal, participação social dos usuários, bem como entendimento do conceito ampliado e da defesa da mesma como um direito de todos e dever do Estado.

### 3.2 RELATO DA EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL

O Estágio Obrigatório em Serviço Social foi realizado de março de 2018 a julho de 2019 nas unidades adulto cirúrgicas do HCPA no 8º e 9º Norte, que ficava sob responsabilidade técnica de uma assistente social. O trabalho do assistente social se dava por meio de atendimentos e acompanhamento dos usuários na perspectiva de garantir acesso a direitos dos usuários/pacientes e familiares com a rede intersetorial durante e após a internação. Assim assistente social nesta unidade era acionado através consultorias solicitadas pelas equipes de enfermagem ou pela

equipe médica assistente ou através de discussões de casos por estes e outros profissionais, e por demanda espontânea do usuário/paciente. A partir da solicitação do atendimento ao serviço social e conforme avaliação social era realizado o planejamento de alta dos pacientes/usuários a fim de contribuir para atendimento de suas necessidades de saúde. O planejamento de alta ou plano de alta visa compreender as necessidades de saúde dos sujeitos em todos os seus aspectos o que exige um atendimento interdisciplinar para superar a fragmentação do cuidado de forma a criar resoluções de problemas em conjunto a partir do conhecimento dos diferente profissionais e especialidades (POMPEO et. al., 2007).

No entanto, a partir da experiência nas unidades de internação percebeu-se que uma das dificuldades do serviço social para contribuir no atendimento integral a saúde é, em alguns casos, a solicitação de atendimento após passado um período de dias após baixa nas unidades. Esta solicitação feita através das consultorias, em algumas situações de forma tardia, o que prejudica a realização do planejamento de alta de forma qualificada, pois muitas vezes o tempo de internação após a consultoria não é suficiente para compreensão do contexto sociofamiliar, dos determinantes sociais em saúde bem como a articulação com a rede de serviços das políticas públicas. Outra dificuldade se relaciona ao atendimento por meio de consultorias, compreendendo que é recomendado pelo CFESS nos parâmetros de atuação do assistente social que ele deve compor equipes multiprofissionais e identificar através dos atendimentos o que é demanda para seu acompanhamento. Nestas unidades o serviço atendeu mais de 18 equipes cirúrgicas no primeiro semestre de 2018 o que inviabiliza a participação do assistente social na composição das equipes multiprofissionais ou em *rounds* com outras equipes além de a inserção nestes *rounds* seriam um desafio por não terem caráter interprofissional ou multiprofissional tendo uma maior centralidade na discussão médica.

A partir da identificação destes desafios para contribuição do assistente social para a integralidade e da necessidade de realização de um projeto de intervenção de estágio, foi proposto através do referido projeto o atendimento do Serviço Social pela estagiária de forma proativa a fim de antecipar o atendimento das necessidades de saúde com a rede intersetorial. O atendimento prévio do serviço social para avaliação e identificação de demandas para planejamento de alta além da solicitação da equipe tem um potencial para contribuir para o acesso integral à

saúde dos sujeitos, pois antecipa o atendimento a demandas que poderiam surgir no momento da alta quanto para identificação de necessidades de saúde que não seriam observadas sem uma avaliação social deste profissional.

Contudo, devido a inviabilidade de uma assistente social e um estagiária atender todos os usuários das duas unidades referidas para avaliação e planejamento de alta, foi realizado um levantamento dos atendimentos realizados pelo Serviço Social nas duas unidades no período de janeiro a junho de 2018 a partir dos registros de planilhas da assistente social da unidade, com objetivo de identificar as equipes que mais tiveram demandas de atendimento. Assim pelo critério de ter demandas mais complexas para suporte da rede intersetorial as necessidades de cuidados de saúde, foi selecionada a equipe da neurocirurgia para a realização do projeto. Foram realizados atendimentos de 28 usuários no período, provenientes de diversas cidades do Rio Grande do Sul. Destes, 13 tiveram demandas para planejamento de alta. A faixa etária predominante dos usuários é entre 40 e 59 anos havendo 16 pacientes internados dentro desta faixa de idade. O número de idosos registrados (pessoas acima de 60 anos) foi inferior, havendo 9 atendidos.

Esses dados visualizam o volume de demandas, encaminhamentos e intervenções identificamos que os usuários internados pela equipe da neurocirurgia apresentaram mais demandas de atendimento ao Serviço Social e com complexidade de intervenções e encaminhamentos e necessidades de cuidados o que demandava do Serviço Social auxílio no planejamento e organização da alta. A necessidade de cuidados por estarem acamados é uma das que mais se destacam no levantamento realizado e uma das que mais demandam uma organização para alta juntamente com a família, equipe e serviços da rede, compreendendo que a dependência de cuidados surgidas após a internação trazem uma série de mudanças na rotina das famílias, muitas vezes necessitando que um ou mais familiares se responsabilizam como cuidador. A carga horária de trabalho que interfere nas condições dos familiares estarem presentes no cuidado domiciliar é um dos principais fatores que impactam na continuidade dos cuidados de usuários acamados e, portanto, requer um atendimento do Serviço Social para pensar estratégias conjuntas com a família e a rede para promoção de acesso a saúde do usuário internado. Para essas situações se faz necessário a articulação com a rede, seguindo o princípio da integralidade, realizada principalmente com as unidades

básicas de saúde e com o Programa Melhor em Casa para que estes serviços deem suporte às famílias nos cuidados em saúde dos sujeitos.

Para além da articulação do serviço social com a rede de saúde, é fundamental para o acesso integral à saúde, que as equipas do HCPA dialoguem para que se entenda as diversas necessidades de saúde dos usuários. Assim o estímulo a discussões interdisciplinares com a equipa tem o potencial de contribuir para a promoção de acesso à saúde. No entanto, a realização do trabalho em equipa no 8º e 9º se dá majoritariamente de forma fragmentada, sendo a concretização de espaços ou reuniões interprofissionais ainda um desafio. No HCPA os espaços de discussão em equipas ainda são predominantemente multiprofissionais. No entanto, na equipa da neurocirurgia, durante o período de estágio da académica, não existia um espaço multidisciplinar consolidado para discussão com equipa assistente e demais profissionais de saúde, como por exemplo, um *round* multiprofissional. Contudo ao longo de 2018 foi possível a realização de discussões de caso com médicos residentes ou através de contato com eles nas unidades, ou, em algumas situações, em discussão de caso multiprofissional bem como atendimento multiprofissional em conjunto com usuários e familiares. Sendo assim vislumbrou-se contribuir para articulação com a equipa através da proposição de discussões juntamente com os serviços e demais profissionais sempre que possível, conforme os objetivos do projeto:

Objetivo geral: Instituir um processo de acolhimento do Serviço Social aos usuários internados pela equipa da Neurocirurgia, com vistas a identificar determinantes sociais presentes no processo de saúde-doença, no sentido de contribuir para o acesso integral à saúde.

Objetivos Específicos:

- a) Realizar atendimentos individuais com os usuários e familiares internados pela equipa da neurocirurgia, a fim de identificar os determinantes sociais que impactam no processo de saúde-doença.
- b) Iniciar o planeamento de alta com os usuários e familiares da equipa da neurocirurgia a partir da baixa hospitalar, a fim de viabilizar a continuidade dos cuidados no domicílio e na rede de serviços das políticas públicas.

c) Estimular estratégias de articulação entre equipe médica e demais equipes de saúde a fim de contribuir para o trabalho interdisciplinar qualificando o atendimento aos usuários (MENEZES, 2018, p. 17).

No que diz respeito às etapas do projeto de intervenção, a primeira etapa da proposta consistiu na revisão dos prontuários e, se possível, atendimento de todos/as os/as usuários/os internados/as pela equipe da Neurocirurgia, priorizando alguns critérios. Foram eles: usuários/as idosos/as, tendo em vista as limitações próprias do processo de envelhecimento; usuário/a sem acompanhante durante a internação; usuário/a com necessidade de recursos como fralda, sonda enteral, cadeira de rodas, cama hospitalar, medicamento especial, material para curativos, respirador, dentre outros, tendo em vista que a demanda por estes exige um planejamento com a equipe, com o/a usuário/a, família e a rede de serviços; usuário/a com sinais de violência intrafamiliar; usuário/a sem local para residir após a alta / em situação de rua; usuário/a com demandas de saúde mental, visto que exija uma articulação para continuidade do atendimento na rede; e limitação para o autocuidado temporária ou permanente.

O autocuidado “é uma ação desenvolvida em situações concretas da vida, e que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem estar” (QUEIROS, et. al. 2014, p. 699). Assim é destacado pelos autores alguns requisitos universais para realização do autocuidado entre eles a conservação do ar, alimentos, atividades e descanso, interação social, prevenção de riscos, entre outros. Para além destes requisitos os autores trazem as alterações na saúde, assim “a doença ou a lesão não somente afetam as estruturas e o mecanismo fisiológico ou psicológicos, mas o funcionamento integral do ser humano quando esta está afetada. Nesse sentido, estas necessidades de cuidado se articulam com o trabalho do assistente social a medida que exige articulação com equipe de enfermagem e médica para tornar nítido que implicações impactam diretamente nos cuidados cotidianos pós alta com os serviços da rede. Cabe situar que o ideal é a articulação com a rede nestes casos se de também pelos outros profissionais da saúde do hospital tendo em vista que equipes médicas e de enfermagem tem competência profissional mais qualificada para discutir estas necessidades de saúde com técnicos de outros serviços.

A revisão dos prontuários se deu durante todo o período de internação do usuário, mesmo para aqueles que em que não foram identificadas necessidade de continuidade do acompanhamento após avaliação social. Foi utilizado um formulário como instrumento para a revisão e acompanhamento dos usuários/ pacientes internados. Na sequência foram realizadas discussões caso anterior ao atendimento com a/o enfermeira/o da referência do paciente e a seguir a realização do atendimento. Em caso de dúvidas sobre qual paciente/ usuário que teve prontuário revisado teve maior urgência para atendimento, a discussão com a enfermagem auxiliou a estabelecer critérios de que paciente internado priorizar no atendimento. Também contribuiu para o entendimento das necessidades de saúde dos usuários e para articulação com a rede para dar respostas a essas necessidades.

Desta forma, discutir as necessidades de saúde com os profissionais é fundamental para a integralidade através do conhecimento deste das tecnologias necessárias para melhorar a condição de saúde do usuário bem como por meio de aspectos relacionados ao suporte familiar do usuário que muitas vezes foram observados pela equipe.

A seguir se realizaram os atendimentos para avaliação social com pacientes, familiares e/ou acompanhantes e identificação de determinantes sociais para o processo de saúde-doença bem como o planejamento de alta. Em alguns casos em que a/o usuária/o tiveram internações mais longas foram realizados novos atendimentos com usuário internado ou familiares para melhor compreensão do contexto familiar e apreensão das expressões da questão social.

Conforme necessidades, as demais equipes (médica, nutrição, farmácia, entre outras) foram acionadas para alguma articulação, discussão de caso, explicação sobre necessidades de saúde. Estas articulações se deram predominantemente por telefone, com exceção das discussões de caso com equipes de enfermagem e da fisioterapia que eram bastante presentes nas unidades de internação.

A partir de então foram realizados os contatos com a rede para vinculação, encaminhamentos de usuários ou orientação sobre acesso a esses serviços. Todos estes contatos se deram por telefone ou e-mail não tendo havido discussões de casos presenciais.

Ao final do projeto, foram atendidos 28 usuários, deste 15 demandaram orientações e articulações com rede intersetorial. Dos 16 usuários atendidos apenas

6 tiveram consultorias solicitadas. O baixo número de consultorias permite inferir que o atendimento do serviço social pelo projeto de intervenção possibilitou antecipar o atendimento e planejamento de alta antes que houvesse necessidade de ser acionado pelas equipes através das consultorias. Não é possível afirmar com precisão quantos destes pacientes receberiam atendimento do serviço social se não houvesse sido realizado o acolhimento, mas algumas das demandas atendidas só foram possíveis de ser identificadas a partir da avaliação social, sendo estas evidenciadas principalmente nos atendimentos iniciados próximos ou no dia da alta hospitalar, visto que ao longo da internação estas demandas não foram percebidas pela equipe.

Entre alguns resultados destacam-se a aproximação com equipe de enfermagem e a possibilidade de refletir sobre outras formas de atendimento com esta equipe sem ser por meio de consultoria. Essa reflexão também com os demais profissionais no retorno sobre avaliação do projeto para as equipes. A aproximação com equipe médica através do contato com a estagiária, embora esta tenha ocorrido somente com os médicos residente e por telefone foi importante, pois a articulação frequente do serviço social a esta equipe permite visibilizar a este profissional a atuação do serviço social com usuários pacientes cirúrgicos. Da mesma forma se contribuiu para o reconhecimento ou reforço do que é trabalho do assistente social nas unidades com outros profissionais à medida que após a apresentação do projeto de intervenção realizada em dezembro as equipes de enfermagem a fisioterapia acionaram a estagiária para discussão de caso dos pacientes neurocirúrgicos. Também em determinados momentos foi possível realizar discussões com profissionais de enfermagem, equipe com que se teve mais contato, a respeito da rede de serviços bem como o reconhecimento do HCPA como parte que a compõe. Embora tenha se reconhecido todas essas potencialidades, também é possível identificar como fragilidade ainda a fragmentação do trabalho em equipe, pois as articulações ocorreram pontualmente com cada profissional. Dificilmente se articulavam profissionais de áreas diferentes para a discussão de caso em conjunto justamente pela ausência de espaços multiprofissionais próprias da organização institucional.

O projeto de intervenção como um todo contribuiu em duas direções um para os usuários, visto que foi possível antecipar os atendimentos com a rede bem como identificar demandas que possivelmente não seriam percebidas sem uma avaliação

social, e outra para a visibilização do que o trabalho do serviço social com as equipes através das discussões de caso e das apresentações do projeto e retorno dos resultados aos profissionais.

#### **4 O ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS DOS PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS NO HCPA A PARTIR DA CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO: DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.**

O presente capítulo apresenta os resultados da pesquisa que teve como objetivo identificar a contribuição do Serviço Social junto aos usuários/ pacientes internados através da equipe de neurocirurgia do HCPA, no atendimento das necessidades de saúde frente aos determinantes sociais, a fim de visualizar a continuidade de cuidado integral em saúde após a alta hospitalar. Assim será realizado uma explanação sobre as necessidades de saúde dos usuários neurocirúrgicos e as estratégias profissionais do serviço social com a rede intersetorial para atendimento destas necessidades. Por fim, busca-se neste capítulo também identificar os entraves e potencialidades que os usuários internados tiveram ao acessar os serviços da rede. Para responder a estas indagações, foi realizada uma pesquisa documental e de campo conforme a metodologia de análise dos resultados proposta a seguir.

Conforme Minayo (2010), metodologia é a discussão epistemológica do caminho do pensamento no qual o objeto ou tema investigado requer uma “apresentação adequada de métodos, das técnicas e dos instrumentos ou operativos que devem ser utilizados nas buscas relativas a indagações da investigação” (MINAYO, 2010, p. 44).

O método do materialismo histórico-dialético também orientou os estudos, assim a partir das categorias do método dialético pretendeu-se dialogar com as categorias teóricas deste projeto, os determinantes sociais/determinação social da saúde e a integralidade, a fim de analisar o objeto. Sendo, assim se teve como luz para análise dos dados as categorias do método: historicidade; totalidade, considerando que um fenômeno não se dá isolado, mas na relação com os demais; mediação, realizada a partir das historicização dos fenômenos e das teorias que permitem interpretar a realidade (CURY, 2010); contradição, que expressa uma relação de conflito nos processos sociais vivenciados (CURY, 2000); e trabalho, também na sua relação com o trabalho produtivo e improdutivo que envolve o trabalho assalariado (BOTTOMORE, 2012). As categorias auxiliaram para interpretar

de que forma se expressam os determinantes sociais no processo saúde-doença e como as intervenções contribuíram para integralidade da saúde dos usuários.

Esta pesquisa foi de natureza qualitativa de tipo descritiva. Para fins de atingir os objetivos da pesquisa considerando objetivos específicos foi realizada uma pesquisa documental e de campo conforme os procedimentos descritos nos itens a seguir.

A primeira etapa da pesquisa, documental, se deu através dos dados coletados nos prontuários e registros dos atendimentos realizados durante o estágio obrigatório em serviço social na execução do projeto de intervenção com os pacientes internados pela equipe da neurocirurgia, bem como de planilhas e tabelas com informações previamente organizadas a partir dos atendimentos, roteiros de revisão de prontuários e formulários de entrevistas utilizados nos atendimentos do serviço social. Os dados coletados dos prontuários são dados pessoais, nome, idade, cidade, telefone, evoluções do serviço social, se foi solicitada consultoria ao serviço social, dados sobre as necessidades de cuidados, demandas de saúde, determinantes sociais que impactam no processo saúde-doença bem como intervenções feitas em articulação com os serviços da rede socioassistencial. O apanhado das informações sobre o atendimento visou identificar quais foram as demandas de saúde bem como os determinantes sociais.

Durante a coleta destes dados foi utilizado um instrumento de registro das informações dos usuários atendidos (Apêndice B) que auxiliou também na coleta das informações da pesquisa de campo. A amostra desta etapa da pesquisa foi composta por todos os usuários pacientes internados pela equipe da neurocirurgia atendidos pela estagiária de serviço social e pesquisadora durante a execução do projeto de intervenção<sup>2</sup>.

Quanto à pesquisa de campo, esta buscou identificar como se deu a continuidade do cuidado integral em saúde através das orientações e encaminhamentos para os serviços da rede socioassistencial pós-alta hospitalar aos usuários/ pacientes internados pela equipe da neurocirurgia e atendidos pelo serviço social durante a execução do projeto de intervenção de estágio. A amostra que compôs a pesquisa de campo foram todos os usuários/pacientes internados pela

---

<sup>2</sup> Inicialmente a proposta de pesquisa documental incluiu todos os usuários internados pela equipe da neurocirurgia atendidos pelo serviço social no projeto de intervenção, no entanto, no decorrer da execução da pesquisa, decidiu-se restringir a amostras aos usuários/ internados conforme os critérios expostos no capítulo anterior.

equipe da neurocirurgia que foram atendidos pelo serviço social na execução do projeto de intervenção de estágio, com os quais foram realizadas orientações, articulações com a rede ou encaminhamentos para acesso a direitos e serviços da rede intersetorial para continuidade do acompanhamento. O número de participantes que compuseram a amostra da pesquisa foi de 15. Estes foram os usuários/pacientes de um total de 28 usuários tendidos sendo estes selecionados de acordo com os critérios acima descritos, ou seja, de caráter intencional. Assim se exclui da amostra aqueles que tiveram demanda para alguma articulação, mas não foi possível ser efetivado o contato com a rede; e aqueles em que foram realizados contatos com a rede para informação sobre acesso a direitos e serviços, porém não geraram orientações que lhes possibilitasse acesso a estes direitos por não se enquadrar em critérios de acesso a benefícios ou serviços.

A amostra da pesquisa inicial era de 15 sujeitos entre os 28 usuários atendidos durante o projeto de intervenção, entretanto na coleta dos dados foi possível acessar 10 desses 15 usuários previstos na amostra. A coleta de dados ocorreu por meio de uma abordagem por telefone. Em casos em que o usuário/paciente esteve impossibilitado de participar da pesquisa, foi proposta a realização da entrevista com familiar acompanhante que se responsabilizou pelo acompanhamento e encaminhamentos com a rede durante a internação para a realização da entrevista.

Quanto aos procedimentos a pesquisa de campo se deu através de contato telefônico institucional realizado no centro de Pesquisa Clínica - CPC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A coleta de dados desta etapa da pesquisa se deu com o auxílio de um segundo instrumento onde estão contempladas informações oriundas do levantamento documental e seguida de perguntas contendo questões sobre o acesso ou não aos direitos orientados ou encaminhados. A entrevista ocorreu a partir do aceite verbal do sujeito após a leitura do roteiro de ligação telefônica para consentimento e participação na pesquisa (Apêndice C).

A análise dos dados se dará de forma descritiva e analítica, como parte de uma análise qualitativa, inicialmente será apresentado o perfil dos usuários que compuseram a pesquisa de campo, na sequência evidenciam-se as necessidades dos usuários e articulações intersetoriais realizadas durante a internação hospitalar e por fim serão apresentados os entraves e as potencialidades para acesso na rede após alta hospitalar.

#### 4.1 PERFIL DOS USUÁRIOS QUE COMPUSERAM A PESQUISA DE CAMPO

Como já referido, a amostra inicial, da pesquisa documental de campo teve um total de 15 sujeitos, no entanto, foram realizadas as entrevistas da pesquisa de campo com dez destes usuários. Desta forma, os perfis apresentados no Quadro 1 se referem aos usuários que efetivamente internados no HCPA durante período indicado na metodologia que responderam ao contato realizado. Os familiares dos usuários entrevistados não estão representados na tabela. Os dados utilizados para a construção do Quadro 1 foram sistematizados a partir da pesquisa documental.

Quadro 1 Perfil dos usuários participantes da pesquisa

Usuário	Sexo	Idade	Diagnóstico	Região do estado	Escolaridade	Situação de trabalho e renda	Ocupação	Raça/cor
1.	Feminino	61	Aneurisma	Litoral	Ensino Fundamental Incompleto	Sem renda (no período estava encaminhando auxílio-doença após negativa do documento em revisão)	Empregada doméstica	Branca
2.	Masculino	57	Neoplasia maligna da orofaringe	Região Metropolitana de Porto Alegre	Ensino Fundamental Incompleto	Auxílio-doença	Funcionário público Municipal	Branca
3.	Masculino	63	Interna por crises convulsivas	Região Metropolitana de Porto Alegre	Ensino Fundamental Incompleto	Aposentado	ocupação não declarada	Branca
4.	Feminino	43	Neoplasia benigna de outras glândulas endócrinas não especificadas	Porto Alegre	Ensino Médio Completo	Trabalhadora com vínculo formal	Monitora em escola de educação infantil	Parda
5.	Feminino	51	Neoplasia maligna da medula espinhal	Porto Alegre	Não alfabetizada	Sem renda	sem ocupação declarada	Branca
6.	Feminino	32	Neoplasia maligna do cérebro	Região Metropolitana de Porto Alegre	Ensino Fundamental Completo	Trabalhadora com vínculo formal	Empregada doméstica	Branca

7.	Masculina	29	Tumor cerebral frontal	Porto Alegre	Analfabeto	Sem renda	sem ocupação declarada	Branca
8.	Masculino	56	Aneurisma Cerebral	Porto Alegre	Ensino superior incompleto	Trabalhador com vínculo formal	Chefe de Montagem de móveis	Preta
9.	Feminino	60	Interna para Pré abordagem transfenoide I para tumor de hipófise	Litoral	Ensino Fundamental Incompleto	Aposentada	Cozinheira	Branca
10.	Masculino	65	Interna para tratar provável infecção de ferida operatória	Litoral	Ensino Fundamental Incompleto	É aposentado, mas manteve-se trabalhando	Trabalha em uma lancheria, a qual gerencia, em uma cidade da região metropolitana	Branca

Fonte: Elaboração própria.

Os usuários atendidos vêm de diferentes cidades do estado do Rio Grande de Sul sendo 3 residentes de cidades litorâneas, moradores de Porto Alegre e 3 da região metropolitana de Porto Alegre. Os usuários atendidos têm uma faixa etária de 29 a 65 anos.

Com relação à educação, há uma maior ocorrência de usuários com baixa escolaridade sendo que 4 usuários não completaram o Ensino Fundamental, 2 são analfabetos, 1 tem ensino fundamental completo, 1 completou o ensino médio completo, e 1 iniciou um curso superior. O analfabetismo pode ocasionar impactos no acesso a serviços e à informação, bem como limitar a autonomia dos usuários. Nos dois casos o analfabetismo é referido pelo familiar como consequência das limitações de saúde. No caso do usuário 5 é referida pela familiar que a condição se deve a um “retardo mental”. No segundo caso, conforme a mãe do usuário, a não alfabetização se deu pelas limitações físicas vivenciadas desde infância do usuário que no momento da internação tinha limitação da capacidade de autocuidado devido à atrofia dos membros inferiores.

Com relação à situação de trabalho e renda, 3 não possuem renda, 3 eram aposentados, 4 eram trabalhadores com vínculos. Dentre os três usuários sem renda, 2 eram analfabetos e um apresenta encaminhamento de auxílio-doença. Um dos aposentados manteve-se trabalhando após concessão da aposentadoria.

Quanto à caracterização raça/cor, a maior parte dos usuários eram brancos (8 usuários) havendo uma pessoa identificada como preta e outra parda. Cabe destacar que a caracterização da raça/cor em alguns casos são informações coletadas dos prontuários e outras autodeclaradas pelo usuário durante a internação hospitalar. As duas pessoas caracterizadas negras, usuária 4 (parda) e o usuário 8 (preta) são os usuários com maiores escolaridade e estão entre os trabalhadores com vínculo formal de trabalho, porém cabe situar que esta pequena amostra não representa as estatísticas de educação e renda da população negra no Brasil. (BRASIL, 2017).

#### 4.2 NECESSIDADES DE SAÚDE DOS USUÁRIOS E ESTRATÉGIAS PROFISSIONAIS

Neste item serão abordadas as necessidades de saúde identificadas pelo Serviço Social junto aos usuários e articulações e orientações para atendimento dos usuários nos serviços da rede socioassistencial realizadas durante a internação hospitalar. Esses dados advêm na análise documental a partir do acesso aos prontuários e registros do Serviço Social. Para tal, serão apresentadas categorias empíricas que emergiram da análise: necessidades de saúde; suporte familiar; atenção básica na saúde, necessidades de dispositivos tecnológicos, fraldas, dietas enterais (entre outros); proteção contra violência sexual e necessidades de cuidados por estar acamado. A seguir se fará a discussão sobre as intervenções do serviço social com a rede intersetorial para o atendimento destas necessidades de saúde com os seguintes serviços: serviços da atenção básica (Estratégia de Saúde da Família - ESF e Unidade Básica de Saúde-UBS), Programa Melhor em Casa, INSS, Delegacia da Mulher para orientação sobre solicitação de medida protetiva, Centro de Saúde de referência, Centro de Referência em Assistência Social-CRAS ou Serviço de Atendimento à Família-SAF, Associação de Apoio a Pessoa com Câncer-AAPECAN.

O quadro 2 a seguir pretende sistematizar as necessidades de saúde dos usuários, bem como os serviços acionados ou orientados aos usuários pelo Serviço Social a fim de facilitar a discussão e entendimento da análise proposta.

Quadro 2 Necessidades de saúde, serviços acionados dos usuários e articulações profissionais

	<b>Necessidades de saúde</b>	<b>Serviços acionados</b>	<b>Estratégias profissionais</b>
Usuário 1	Cuidados especiais por estar acamado; paciente tem como principal cuidador um familiar idoso; dificuldades no acesso a renda devido a negativa do INSS (já com pedido de revisão do auxílio-doença solicitado); demandas de solicitação de fraldas e cadeira de rodas e de banho (para os quais o familiar já estava ciente fluxos pelo SUS)	USB	Realização de discussão de caso com médico da UBS e combinação de que ele irá avaliar com a enfermeira a viabilidade de realização de visita domiciliar conforme disponibilidade da equipe.
Usuário 2	Cuidados especiais por estar acamado; solicitação de fraldas; vinculação na atenção básica; suporte familiar limitado a um cuidador; demandas de solicitação cadeira de rodas e de dieta enteral, no entanto as quais vinha tendo acesso através da rede e da Liga Feminina de Combate ao Câncer que realizou o empréstimo da cadeira de rodas.	Unidade de saúde da atenção básica	Realização de orientação sobre vinculação na unidade de saúde e sobre solicitação de fraldas via Secretaria de Saúde do Estado do RS.
Usuário 3	Suporte familiar limitado a um único cuidador; necessidade de cuidados com atividades diárias; necessidade de fraldas; vinculação na atenção básica devido a mudança de residência após a alta.	Unidade de saúde da atenção básica e CRAS	Realização de contato com ESF sendo combinado que será realizada visita domiciliar na casa do paciente com Agente Comunitária de Saúde e médico da unidade. Combinada visita domiciliar com assistente social do CRAS para acompanhamento sociofamiliar.
Usuário 4	Dificuldade de acesso à atenção básica completar	Unidade Saúde da atenção básica	Discussão de caso com técnica da unidade de saúde sobre dificuldade do acesso ao serviço pela usuária a fim articular formas de facilitar o acesso.
Usuário 5	acamado; Necessidade de Fraldas; cadeira de banho; cadeira de rodas, medida protetiva devido a situação de violência, cuidados por estar acamada; suporte familiar limitado a um único cuidador	ESF; SAF, AAPECAN, Delegacia da mulher, SAJU, Tabelionato, Centro de saúde	Contato realizado com Delegacia da Mulher para orientação sobre realização de Boletim de Ocorrência e solicitação de medida protetiva por familiar da paciente. Contato realizado com Centro de Saúde para orientação sobre solicitação de fraldas. Contato com Tabelionato para solicitar informação sobre realização de procuração

			<p>para solicitar fraldas geriátricas via secretaria de saúde o Estado do RS.</p> <p>Tentativas de contato com SAJU (Serviço de Assistência Jurídica Gratuita) para orientação sobre interdição, necessário para a solicitação de fraldas geriátricas caso a paciente não esteja lúcida para encaminhar a procuração.</p> <p>Contato com ESF para solicitar informações sobre solicitação de cadeiras de rodas e de banho, e equipo para dieta enteral e articulação de visita domiciliar após a alta sendo combinado que uma colega do Serviço Social iria entrar em contato devido a férias da estagiária e assistente social de referência na unidade.</p> <p>Contato com AAPECAN (Associação de Apoio à Pessoa com Câncer) para orientação sobre empréstimo de cadeira de rodas e de banho pela instituição a paciente e dieta enteral. Tentativas de contato com o SAF (Serviço de Atendimento Familiar) para discutir o acompanhamento da paciente referente a situação de violência, porém sem sucesso.</p> <p>Envio de relatório social para equipe do SAF solicitando acompanhamento do caso.</p> <p>Notificação de violência no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).</p>
Usuário 6	Cuidados com atividades diárias; orientação sobre INSS; aproximação com serviços de saúde	Unidade básica de saúde	Articulação de visita com enfermeira da unidade de saúde para aproximação do serviço com a usuária.
Usuário 7	Necessidade de cuidados especiais por estar acamado; principal cuidador familiar idoso; fraldas; transporte social para realização de fisioterapia; dieta enteral	CRAS, UBS Programa melhor em casa	Orientação ao familiar sobre atendimento no CRAS e articulação de visita domiciliar com assistente social do serviço para acompanhamento sociofamiliar. Contato com UBS para orientação de serviço a família sobre transporte social para fisioterapia. Encaminhamento para o Programa melhor em casa realizado em conjunto com enfermeiro do HCPA.
Usuário 8	Orientação sobre auxílio-doença; cuidados com atividades da vida diária	INSS e ESF	Orientação sobre perícia hospitalar. Articulação de visita domiciliar da ESF para após a alta sendo combinada a continuidade do atendimento por assistente social de outra unidade devido a transferência.
Usuário 9	Medicação especial	Farmácia e Defensoria Pública	Contato com Farmácia Municipal e Defensoria Pública para obter orientação sobre solicitação de medicamentos que não constam na lista do SUS via defensoria pública. Orientação ao familiar sobre atendimento.

Um dos determinantes de saúde percebidos é questão do acesso à renda que se apresentou relevante em duas situações com os usuários 1 e 5. Na primeira, a usuária encontrava-se sem renda devido à negativa do auxílio-doença o que impacta nas suas possibilidades de ter um modo de vida saudável. Em internação posterior informou que voltaria a receber o benefício após judicializar o seu encaminhamento. Da mesma forma o acesso à renda reflete as atuais condições de trabalho e remuneração, no caso da usuária 5, pois a renda da família advém de um familiar aposentado e outro familiar que tem dois empregos, sendo um informal. A dupla jornada de trabalho para atender as necessidades da família é uma expressão das relações de trabalho precarizadas e informais estão muito presentes no contexto de flexibilização do trabalho e reformas trabalhista o que submete os trabalhadores a trabalhos sem garantias de direitos. A baixa renda também é agravada para aqueles usuários que necessitam de medicações não disponíveis na lista do SUS, nos casos dos usuários 1 e 5, pelo menos uma pessoa idosa da família tinha altos custos com medicações, o que limita também as condições de lazer e educação.

Outro aspecto importante que compõem as necessidades de saúde é o suporte familiar, ou seja, a condições efetivas da família e vínculos próximos de exercerem o cuidado diário pelo fato de o usuário estar acamado ou ter necessidades de cuidados com atividades diárias, e, portanto, sem condições de mobilidade e de autocuidado. No caso dos participantes 1, 5, 7 e 3, com necessidades de cuidados especiais tinham como cuidador apenas um familiar. Destes, dois (usuários 1 e 7) tinham como cuidadores familiares idosos o que demanda uma maior articulação com a rede e demais familiares. Em todos os casos os cuidados até o momento da internação eram limitados a um cuidador da família o que gera uma sobrecarga para esse familiar. No caso do usuário 3, a familiar responsável (filha) pelos cuidados trabalhava como cuidadora de um idoso em sua casa, e até o momento da internação tinha a perspectiva de manter o trabalho e cuidado com a familiar no domicílio simultaneamente. Ainda neste mesmo caso, o cuidado ficou sob responsabilidade de uma única pessoa devido a conflitos familiares anteriores à internação. Quantos aos cuidadores dos usuários, 6 destes eram familiares mulheres, usuários 2, 5, 7, 3, 8 e 10 sendo o parentesco destas respectivamente esposa, esposa do primo, mãe, filha, esposa e esposa.

A orientação sobre direitos previdenciários também foi uma demanda importante para manutenção do acesso à renda. No caso do usuário 8 sendo orientado sobre perícia hospitalar durante a internação e realizado contatos com os serviços para obter informações sobre remarcação da perícia. No entanto, foi transmitidas algumas informações incompletas no que diz respeito a laudo médico solicitado para perícia hospitalar o que fez com que a familiar cuidadora (esposa) do usuário retornasse à agência do INSS com novo laudo além de um outro documento referente ao empregador. No caso da usuária 6, empregada doméstica com vínculo formal de trabalho, também tinha demanda de orientação sobre auxílio-doença. Ela encontrava-se em férias tendo estas sido combinadas informalmente com sua empregadora. Na ocasião a usuária também necessitou de orientação sobre direitos trabalhistas sendo orientado sobre o direito de recebimento do salário pelo empregador nos primeiros 15 dias de afastamento. Após realizada esta orientação, a usuária verbalizou “vou ver se ela me paga” se referindo ao pagamento nos primeiros 15 dias de incapacidade, o que permite inferir que há uma falta de reconhecimento de direitos trabalhistas aos trabalhadores domésticos pelos contratadores até mesmo nas relações de trabalho regulamentadas (MENEZES, informação proveniente de diário de campo, 2019).

O acesso aos serviços da atenção básica de saúde também apareceu repetidas vezes como um entrave ao acesso à saúde. A não vinculação dos usuários a esses serviços foi um determinante social importante tendo em vista o sentido ampliado da saúde. A falta de acesso à atenção básica é fator importante na análise haja vista a importância do papel preventivo destes serviços. Em dois casos os usuários/pacientes não eram vinculados aos serviços. Um destes, usuário 9, devido a situação de trabalho em outra cidade dificultava o acesso do paciente ao serviço. Nas outras situações documentadas, os usuários eram vinculados, porém tinham alguma dificuldade para acesso ou não acessavam. Para a usuária 4, a falta de acesso se deu pela dificuldade no agendamento a consultas conforme seu relato e renovação de uma medicação psiquiátrica prescrita por um médico do HCPA . No segundo caso, usuária 7, não soube especificar o motivo da falta de acesso, apenas que não utilizava o serviço havia 4 anos, período em que havia realizado seu pré-natal.

A necessidade de dispositivos e medicamentos também foi uma demanda recorrente, tais como sonda, cadeira de rodas e de banho, no entanto, e, alguns

casos a família já era articulada com a rede ou já havia acessado estes direitos não sendo uma necessidade apresentada após a alta hospitalar.

A situação de violência sexual sofrida pela usuária 5 e exercida pelo ex-companheiro, constituiu-se numa demanda para saúde. Ela sofreu esta violência quando ainda residia com o ex-companheiro, semanas antes da internação, o qual tinha diagnóstico de esquizofrenia. Ele fazia uso de alguma substância psicoativa não especificada pela usuária tendo a usuária afirmado que o consumo impactava na administração da renda do casal, Benefício de Prestação Continuada –BPC do companheiro, e que em algumas situações ficaram sem acesso a alimentação pelos custos da manutenção do uso da droga.

Entre as necessidades de saúde descritas, destaca-se a questão do trabalho e renda. Nos relatos o trabalho informal se expressou através do familiar da usuária como uma forma de complementar a renda da família tendo em vista a manutenção das necessidades da família e os custos com medicação do pai da usuária. Neste sentido, o trabalho é um determinante importante tendo em vista a insuficiência do salário obtido pelo emprego com vínculo formal e pelo segundo trabalho sendo este informal o que pode ser compreendido como um dos reflexos das desregulações de trabalho. Conforme Lourenço e Bertani (2007), as mudanças nos processos produtivos marcada pela reestruturação produtiva, precarização e flexibilização do trabalho contribuiu para a diminuição do trabalho fabril e industrial e aumento de trabalhadores no setor de serviços. Por outro lado, estas outras formas de inserção no mercado de trabalho são acompanhadas de “subproletarização do trabalho expressado nas formas de trabalho parcial, precário, temporário, informal, entre tantas modalidades existente” (LOURENÇO E BERTANI, 2007, p. 124). As mutações no mundo do trabalho acabam por criar máscaras para o trabalho informal como empreendedorismo que ocultam o assalariamento através do trabalho autônomo. Como exemplos dos motoristas de Uber que utilizam o próprio automóvel, e arcam com os próprios custos com manutenção alimentação, além de despesas com seguridade social sem ter proteção de direitos trabalhistas por ser um trabalho desregulamentado (ANTUNES, 2018).

Seguindo a discussão sobre trabalho e renda, no caso da usuária 6 a não formalização dos direitos de trabalho se apresentou através da combinação apenas verbal de tirar férias tendo parte deste período coincido com o afastamento por atestado. Da mesma forma a incerteza expressa pela usuária sobre o pagamento do

salário pelo empregador nos primeiros 15 dias de afastamento expressa uma negligência aos direitos trabalhistas dos empregados doméstica somada à mistura das relações “pessoais” entre empregador e empregado, sendo este sempre numa posição de subalternidade mesmo dentro de relações de trabalho com vínculos formais o que dificulta a efetivação e formalização de direitos dos trabalhadores.

O espaço doméstico é uma esfera invisibilizada, quanto à sua importância, e desconsiderado, como produtor de riquezas. Isso ocorre, segundo Nobre e Farias (2003), porque o trabalho realizado no âmbito doméstico se desenvolve fora dos contornos do mercado, não produzindo valores de troca, configurando-se, portanto, como um trabalho não mercantil, de produção de valor de uso. (LIMA: SILVA: SILVA; MEDEIROS. 2010. p.42).

Quanto ao suporte familiar em casos de pacientes principalmente para aqueles com necessidades de cuidados por estar acamado e necessidades de cuidados para a vida cotidiana é um determinante social importante de observar no planejamento de alta, pois pacientes com estas demandas geram uma série de modificações na rotina da família tais como a sobrecarga do cuidar, levando à diminuição de suas atividades sociais, não tendo férias ou tempo para passear, para visitar familiares, além da necessidade de orientação de profissionais da saúde referentes a continuidade do cuidado (PINTO, 2012), bem como necessidade de recursos como fraldas, medicações, dietas que muitas vezes são arcadas pela família devido a burocracia e demora para acesso através do SUS. Nesse sentido, a rede de serviços do SUS bem como a socioassistencial tem um papel fundamental para cuidados sendo afirmado pela Constituição Federal que a saúde é um dever do Estado (BRASIL, 1988), o que implica também em contribuir para atendimento das necessidades de saúde através dos recursos disponíveis no SUS, sejam estes através de equipes que orientem as famílias com cuidados ou com dispositivos tecnológicos. Da mesma forma o Estado também se responsabiliza pela saúde através das demais políticas de seguridade social, pela previdência e pelos programas de transferência de renda que são fundamentais para o provimento das necessidades da família.

Também algo importante de destacar é o papel das mulheres na responsabilização do cuidado, sendo 6 dos cuidadores mulheres sendo estas esposas, mães, irmãs, ou companheira/esposa de algum familiar. Este também é um reflexo da divisão dos recursos para provimento do cuidado a familiar que coloca a mulher como responsável pelo cuidado doméstico o que reforça a desigualdade de

tratamento de gênero dentro da família influenciando na reprodução social da vida (CAMPOS, 2015).

Quanto ao benefício de auxílio-doença, este é fundamental para usuários com limitações para autocuidado. São percebidas algumas medidas que restringem o acesso a direitos previdenciários, como no caso da usuária 1 que teve o auxílio-doença negado após revisão. O INSS tem realizado um “pente fino” no acesso a estes direitos através da convocação dos usuários para revisão de benefício por incapacidade. Até janeiro de 2018, foram realizadas 252.494 perícias com 201.674 benefícios cancelados e cancelamento de 26.701 benefícios pela ausência de convocados benefícios deixando de pagar R\$ 5,8 bilhões que seriam destinados aos contribuintes (MDS, 2018).

A falta do acesso a atenção básica também se configura num dos determinantes sociais da saúde a partir da concepção trazida pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde a qual reconhece o não acesso a serviços como um determinante social da saúde. No caso do usuário 10, o não acesso à atenção básica relacionada a situação de trabalho. As condições de vida decorrentes do processo de reprodução social, neste caso o trabalho, influencia nas condições na saúde. A manutenção do usuário no mercado informal de trabalho, mesmo após a aposentadoria, influenciou no não acesso aos serviços do SUS, visto que ele trabalha em outra cidade. Conforme Barata (2009), também outro determinante que influencia no acesso aos serviços de saúde é escolaridade embora destaca que com a criação do SUS o acesso foi ampliado a grande maioria da população. “A probabilidade de uso dos serviços do SUS “é 1,2 vezes maior entre os brasileiros com nove ou mais anos de escolaridade, quando comparados aos que têm entre zero e quatro anos” (BARATA, 2009, p. 32).

Também a dificuldade do acesso em dos casos se deu pela falta de médicos na composição das equipes que são resultado também dos processos de precarização da política de saúde. O desmonte das políticas públicas tem se dado de diversas formas, através de medidas como a execução da EC n. 95 que congela os investimentos com políticas sociais incluindo nestas a saúde por 20 anos.

Com relação à situação de violência esta também se constitui como uma necessidade de saúde. Conforme Minayo e Souza (1997) a violência e saúde tem sido objeto de investigação, não sendo um objeto específico da saúde, mas que reverbera na mesma. Assim, a saúde para além de função curativa para agravos

físicos também deve buscar ultrapassar este papel, definindo medidas preventivas a agravos e de promoção a saúde a partir do conceito ampliado para o bem-estar coletivo e individual. Nesse sentido, é defendido por alguns estudiosos que a violência seja estudada também pela epidemiologia.

No caso específico de violência sexual, ela causa danos à saúde que podem perdurar pela vida tais como “bem-estar físico, questões sexuais, reprodutivas, emocionais, mentais e sociais das mulheres agredidas” (DELSIOVO et. al., 2016, p.1688) além de outras consequências como gravidez, infecções sexualmente transmissíveis e inclusive o HIV. Conforme a OPAS (2017) a violência contra a mulher (particularmente aquela praticada pelo parceiro) é uma questão de saúde pública e uma das violações de direitos humanos das mulheres que atinge 35% das mulheres do mundo.

Também importante compreender que a violência sexual contra mulher é uma demanda intersetorial, sendo assim, para a proteção social da mulher vítima desta violência é importante que sejam acionados serviços de diferentes políticas, como serviços da assistência social, a delegacia da mulher para solicitação de medidas protetiva garantida pela Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) dentre outros serviços e direitos que podem contribuir para atendimento das necessidades da mulher que sofreu a violência.

Como vimos, as necessidades de saúde entendidas pelo conceito ampliado defendido pelo movimento de reforma sanitária, podem se apresentar através de demandas de renda, de acesso a direitos, na limitação ao suporte familiar dentre outras demandas que constituem a vida dos sujeitos para além das demandas do seu diagnóstico. Nos casos apresentados também emergiram na pesquisa situações em que houve limitações do acesso à renda observados nos casos em que foi identificada a realização de trabalho informal, negativa do INSS em revisão de auxílio-doença. Estas podem se apresentar também como uma necessidade de saúde a medida que a baixa renda interfere no acesso e que também causa impactos no acesso a recursos materiais como fraldas, dietas enterais entre outros visto que estes nem sempre são garantidos de forma ágil pelo Estado. A violência sexual também é geradora de impactos na saúde física e mental o que requer atendimento intersetorial que viabilize sua proteção social. Dessa forma as diversas demandas apresentadas necessitam de resposta que só podem ser da articulação com os serviços da rede do SUS intersetorial, como veremos no item a seguir.

#### 4.3 ORIENTAÇÕES E ARTICULAÇÕES PROFISSIONAIS COM A REDE INTERSETORIAL

As orientações e articulações realizadas pelo Serviço Social foram com os serviços da atenção básica, INSS, Programa Melhor em Casa, CRAS, SAF, defensorias públicas, Delegacia da Mulher, SAJU, Centro de Saúde e Farmácia municipal. O objetivo foi contribuir com a integralidade do cuidado conforme disposto na RAS-Redes de Atenção a Saúde (BRASIL, 2010). Dentre os usuários entrevistados (conforme o Quadro 2) tiveram demanda para atendimento domiciliar em razão de a partir da alta hospitalar terem novas necessidades de saúde como dependências de cuidados, que são importantes de serem acompanhadas pelos serviços da atenção básica a fim de orientar as famílias. Dos casos atendidos, os usuários 1, 5 e 7 tiveram necessidade de atendimento domiciliar por necessitar de cuidados por estarem acamados. Para os usuários 2 e 10 que não tinham acesso ao serviço da atenção básica de referência no território, foi realizado contato para orientação sobre sua vinculação, a fim de que tivesse, além do acompanhamento no HCPA um atendimento de caráter preventivo à saúde.

Em dois casos foram realizados contatos com os serviços da atenção básica com objetivo de contribuir para a aproximação entre a unidade e a usuária. No caso da usuária 4, o contato foi realizado no intuito de relatar a dificuldade de acesso ao serviço pela usuária e discutir com a equipe sobre as possibilidades de seu atendimento. Neste caso o serviço acolheu bem demanda nos orientando sobre acesso ao acolhimento e agendamento também nos explicando as dificuldades encontradas pela equipe no atendimento pela falta de profissionais na ocasião que a usuária não teve acesso ao serviço. A falta de vinculação dos usuários é determinante social importante compreendendo que o não acesso aos serviços de saúde impactam no processo saúde-doença. No caso da usuária 4 que não acessava o serviço há 4 anos, foi articulada uma visita domiciliar com a agente de saúde com o mesmo propósito de aproximar o serviço e a usuária. Da mesma forma, foram realizados contatos com os serviços para orientação do acesso a outros direitos como cadeira de rodas/ banho, dieta enteral, fraldas, fisioterapia, transporte social, e medicamentos especiais. Assim, após obtida essa informação as orientações eram passadas aos usuários ou combinada de serem orientadas pelo

serviço através de visita domiciliar, como no caso do usuário 7, que necessitava de orientação sobre transporte social para realização de fisioterapia.

No mesmo intuito, foi realizado contato com a Delegacia da Mulher para orientação sobre solicitação de medida protetiva à mulher vítima de violência por familiar e atendimento na AAPECAN para auxiliar o atendimento das demandas de saúde como cadeira de rodas e dieta enteral para o caso de demora de acesso a estes direitos pelo SUS. A solicitação para acompanhamento no Programa Melhor em Casa também foi realizada com vistas a contribuir com o atendimento domiciliar do usuário 7 compreendendo a incapacidade da UBS de prestar atendimento domiciliar.

Com relação a solicitação de fraldas no caso da usuária 5 foi realizada orientação para acesso a fraldas geriátricas pelo Centro de Saúde de referência. No entanto na época o acesso a este direito era bem burocratizado necessitando para tal uma procuração, para qual foi orientada o atendimento no tabelionato, ou então da curatela da paciente. A curatela foi orientada caso a usuária não fosse declarada lúcida pela equipe médica para assinar uma procuração, pois na ocasião eram exigidas pelos tabelionatos declarações de lucidez em casos de pacientes internados. Além da burocratização do acesso a este direito, a interdição da usuária mesmo que para acesso a um serviço do SUS se configura como uma violação da autonomia da usuária compreendendo que a condição de lucidez e de orientação é algo que comumente é temporário no caso de internações.

Em três situações foram realizados encaminhamentos para o CRAS ou SAF para acompanhamento familiar, uma devido a situação de violência sexual e outras duas pela limitação do suporte familiar para atender as novas necessidades de saúde do usuário. Nestes últimos verifica-se a importância do encaminhamento tendo em vista a importância do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários para evitar o isolamento de familiares que são únicos cuidadores de usuários acamados, para a orientação em serviços da rede e direitos e para prevenir que a família esgote sua capacidade protetiva através da responsabilização também das políticas sociais.

As estratégias de articulação ou orientação foram realizadas a fim de contribuir com a continuidade do cuidado após alta, ou seja buscar a concretização dos princípios da Integralidade do SUS. Assim durante os atendimentos os serviços com os quais mais foram realizadas orientações foram os serviços da saúde da

atenção básica. Nos casos dos usuários sem vinculação ou sem acesso as ESF e UBS's foram realizadas orientações e articulações com estes serviços para que além do acompanhamento no HCPA para que os usuários tenham acesso aos serviços da atenção básica para promoção do caráter preventivo da saúde. Assim, conforme as diretrizes e fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica, as UBS e ESF tem como papel realizar o acolhimento e “a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde” (BRASIL, 2012, p. 20). No mesmo intuito da promoção de saúde, a/o agente comunitária/o de saúde tem uma contribuição importante para aproximação dos usuários ao serviço através de sua competência de realizar o cadastramento dos usuários do território bem como realizar orientação dos sobre os serviços de saúde disponíveis pelo SUS. Por isso foram realizadas articulações como combinação de realização de visita domiciliar com usuária 6 bem como orientação sobre atendimentos nos serviços para aqueles não vinculados como feito para os usuários 10 e 2.

No que diz respeito aos usuários acamados com demandas de atendimento domiciliar foram contactadas as equipes sobre as possibilidades de atendimento no domicílio. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica PNAB são características do processo de trabalho as equipes dos serviços:

Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL, 2012, p. 42-43).

Este atendimento é bem importante para o suporte familiar e orientação dos serviços aos familiares sobre as novas necessidades de saúde dos usuários, principalmente para aqueles com necessidades por estar acamado e com cuidador idoso. Assim o atendimento domiciliar e conhecimento das necessidades possibilita também evitar agravos a saúde ao idoso cuidador através de articulação de estratégias que possibilitem uma melhor assistência à saúde sendo estas também possíveis de serem realizadas em conjunto com a NASF - Núcleo de Saúde da Família<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são serviço criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. O NASF é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando de

Já o atendimento com o Programa Melhor em Casa, acionado no caso do usuário 7 com demandas de fisioterapia e necessidades por estar acamado foi acionado a fim complementar o atendimento da UBS tendo em vista também os limites deste serviço em dar conta do atendimento de fisioterapia do qual o usuário necessitava.

As orientações dadas pelo Serviço Social para acesso compreendem as ações socioeducativas por meio da democratização do acesso aos serviços. Da mesma forma também realiza uma ação socioassistencial ao enfatizar os determinantes sociais com a rede de serviços para atendimento de suas necessidades.

Com relação à intersectorialidade, os contatos com a rede em alguns casos foram pontuais e que não há uma articulação de fato se dá com defensorias pública (para demandas de interdição para acesso a direitos relativos à saúde quando usuário não tem procuração, ou para acesso a medicamento não disponíveis no SUS), cartórios (para realização de procurações), delegacia, SAJU (Serviço de Assessoria Jurídica Gratuita), e com INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social, que geralmente contamos para orientação sobre auxílio-doença. O contato com a Delegacia da Mulher para orientação sobre medida protetiva também compreendeu uma articulação importante.

Os Serviços da assistência Social, principalmente o CRAS - Centro de Referência em Assistência Social - foram equipamentos em que ocorreu uma maior articulação intersectorial sendo realizadas 3 discussões de caso, até agora apenas por telefone, e realização envio de relatórios sociais ao serviço no caso dos usuários 5 e 7. As demandas para acompanhamento no CRAS surgidas foram de violência para mulher e, com mais frequência, a situação referida anteriormente de usuários acamados tendo como principal ou único cuidador um familiar idoso para possível atendimento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família- PAIF ou no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV. O PAIF realiza atendimento continuado a fim de fortalecer a função protetiva da família prevendo “desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo (BRASIL, p.12, 2014 b)” concretizando a matricialidade

---

forma integrada e apoiando os profissionais das equipes de atenção básica para populações específicas e atuando diretamente no apoio matricial às equipes (BRASIL, 2012).

sociofamiliar no âmbito do SUAS. A matricialidade sociofamiliar, por sua vez, visa fortalecer os vínculos familiares bem como a proteção social das famílias. Este conceito traz concepções diferentes de níveis de responsabilização entre Estado, Mercado e própria família para a garantia do provimento de suas necessidades. No entanto, consideramos aqui concepção que traz a importância do Estado na promoção do bem-estar e do acesso a direitos, e o entendimento de que a proteção da família e política social não podem ser desvinculados (FERNANDES; HELLMANN, 2016). Nesse sentido, a matricialidade sociofamiliar através de políticas para famílias está associada a ideia de prevenção visando socializar antecipadamente os custos enfrentados pela família, sem esperar que sua capacidade se esgote (FERNANDES; HELLMANN, 2016, p. 175).

Tendo em vista a matricialidade sociofamiliar e o papel do Estado para a proteção das famílias através das políticas, o PAIF:

realiza ações com famílias que possuem pessoas que precisam de cuidado, com foco na troca de informações sobre questões relativas à primeira infância, a adolescência, à juventude, o envelhecimento e deficiências a fim de promover espaços para troca de experiências, expressão de dificuldades e reconhecimento de possibilidades (BRASIL, 2014, p. 12).

Este serviço tem como usuários famílias em situação de vulnerabilidade social<sup>4</sup> decorrente da pobreza e falta ou precário acesso às políticas públicas. É incluído na caracterização dos usuários, conforme a Tipificação (2014) pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social.

A partir da compreensão do que é competência do PAIF é possível visualizar melhor a relação intersetorial entre HCPA e CRAS. Um dos elementos que compõem a Tipificação é população usuária, que traz como foco também pessoas idosas e com deficiência, famílias em vulnerabilidade social, entre outros. Nos casos

---

<sup>4</sup> a vulnerabilidade social se refere à situação na qual os recursos e habilidades de um determinado grupo são insuficientes e/ou inadequados para manejar as ofertas sociais, as quais possibilitariam ascender a maiores níveis de bem-estar ou reduzir a probabilidade de deterioração das condições de vida dos atores sociais. Destaca-se que as análises de vulnerabilidade social não são mapeamentos lineares, que se reduzam à pobreza como fator explicativo, mas se constituem como análises multifacetadas, que consideram diferentes elementos. Dessa maneira, a vulnerabilidade social se configura mediante a análise dos seguintes aspectos: (1) posse ou controle de recursos materiais ou simbólicos que possibilitem o desenvolvimento ou a mobilidade social dos sujeitos; (2) organização das políticas relativas ao Estado, vinculadas à inclusão de forma geral e, mais estreitamente, à inserção no mercado de trabalho e condições de acesso às políticas; (3) os modos pelos quais os indivíduos, grupos ou famílias organizam-se no sentido de responder aos diferentes desafios ou adversidades sociais, ocupando determinadas posições nos jogos de poder (FERNANDES, HELLMANN, *apud* ABRAMOVAY, 2016, p.300)

em que é avaliada uma possível demanda para o CRAS frequentemente envolvem idosos e pessoas com deficiência. Nesse sentido, entende-se que o atendimento do CRAS pode ser realizado na perspectiva de contribuir para acesso a direitos, convívio comunitário e familiar através dos diversos serviços da rede, incluído neste o SCFV, e para o papel protetor das famílias com o suporte das políticas públicas proposta pela matricialidade sociofamiliar. Também a reflexão com os usuários sobre o tema envelhecimento pode contribuir para o manejo dos cuidados inclusive dos idosos cuidadores através da articulação da Assistência social com a política de saúde. Também se destaca o papel preventivo de CRAS para evitar riscos sociais o que é fundamental para saúde ampliada tendo em vista que acesso a direitos também é uma questão de saúde.

Para contribuir para o trabalho intersetorial na saúde, também é possível fazer relações entre elementos dos Parâmetros de atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS/CRESS, 2010) e dos Parâmetros de atuação do Assistente Social na Política de Assistência Social (2011). Ambos compreendem a intersetorialidade como um conceito importante. Na política de saúde a intersetorialidade contribui no enfrentamento dos determinantes sociais através das respostas que devem ser oferecidas pelas diversas políticas públicas. Na política de Assistência, a intersetorialidade é caracterizada como fundamental para a proteção social visto que é esta política isoladamente não daria conta das complexas necessidades sociais. Dessa forma a proteção social é articulada “às políticas de emprego, saúde, Previdência, habitação, transporte e Assistência, nos termos do artigo 60 da Constituição Federal” (CFESS/CRESS, 2010, p.9).

As articulações realizadas foram feitas a fim de atingir o princípio da integralidade no SUS tanto no sentido da articulação entre os pontos de atenção da RAS, como no sentido de buscar entender as diferentes dimensões da vida dos sujeitos que podem influenciar em sua saúde, para tanto foram realizadas articulações com a rede de serviços socioassistenciais. No entanto estas articulações não foram feitas de forma a integrar os serviços acionados de diferentes políticas.

#### 4.4 ENTRAVES, POTENCIALIDADES PARA ACESSO NA REDE

Propõe-se a seguir trazer informações sobre o acesso aos serviços com a rede pelos usuários e familiares de usuários, a partir dos relatos dos entrevistados. Para tanto, os usuários foram divididos em três sub-categorias: Os que acessaram os serviços, ou seja, aqueles que haviam realizado o acesso conforme orientações e articulações combinadas com a rede; e os que acessaram parcialmente, sendo constituinte desta categoria aqueles tiveram orientação atendimento ou articulação realizada por pelo menos dois serviços, mas não foram atendidos pela totalidade destes ou aqueles que tiveram acesso ao serviço, no entanto, sem que fossem cumpridas pelos serviços as articulações combinadas em discussão de caso; e os que não acessaram, sendo estes os usuários que não tiveram nenhuma forma de acesso aos direitos orientados. O quadro abaixo ilustra quantitativamente as subcategorias referidas.

Quadro 3 Acesso dos usuários aos serviços da rede intersetorial

	<b>Acessou ao serviço/direito Completamente</b>	<b>Acessou ao serviço/direito parcialmente</b>	<b>Não acessou ao serviço/direito</b>
Usuário 1	x		
Usuário 2			x
Usuário 3		x	
Usuário 4			x
Usuário 5			x
Usuário 6		x	
Usuário 7		x	
Usuário 8		x	
Usuário 9	x		
Usuário 10	x		
<b>Total:</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

Do total de usuários, 3 acessaram os serviços completamente, 3 acessaram parcialmente e 4 não tiveram acesso aos serviços. Entre os que acessaram inteiramente e parcialmente os serviços encontram-se os usuários 1, 3, 6, 7, 8, 9 e 10. Iniciando a discussão entre os usuários que acessaram os serviços

completamente, a primeira foi a usuária 1, com a qual foi combinada visita domiciliar da unidade de saúde. Foi verificado que a usuária recebeu atendimento no domicílio na mesma semana da alta por enfermeira, médico e agente comunitária de saúde do serviço. A unidade de saúde ter tido a possibilidade de realizar visita domiciliar com os 3 profissionais é fundamental, devido a suas novas necessidades de saúde. A rede tem um papel importante para auxiliar a família com estes cuidados e para orientação sobre o acesso a direitos pelo SUS.

A usuária 9 obteve acesso ao direito, a medicação pela farmácia municipal, no entanto, por ser uma medicação especial demorou dois meses para que a medicação fosse disponibilizada à usuária sendo necessário que neste período a família arcasse com os próprios recursos o custo da medicação.

Quanto ao usuário 10, que tinha demanda de vinculação à unidade básica de saúde do seu território teve dois entraves para acesso. Conforme a participante da pesquisa a vinculação foi “muito burocrática” e verbalizou duas dificuldades: a primeira referente as férias da enfermeira chefe que era responsável pelos cadastros/ vinculações dos usuários, sendo possível realizar a vinculação do usuário só após seu retorno; a segunda dificuldade se refere a falta de consumo de água no domicílio decorrente fato de que a família não habitou a residência durante o longo tempo de internação do usuário. A entrevistada, cuidadora do usuário, informou que a agente comunitária de saúde entendendo as necessidades de saúde do usuário fez uma intermediação entre o profissional responsável pela vinculação para que acesso ao serviço pelo usuário fosse efetivado. A participante verbalizou que o usuário necessitou de atendimento para dor, mas que não havia sido atendido por ainda não ter vínculo com o serviço. Também, referiu que teve o acesso a medicação negado na Farmácia Municipal pela falta do vínculo aos serviços da rede do município.

Quanto aos usuários que foram atendidos parcialmente está o usuário 3, com demanda para acompanhamento a unidade básica de saúde e para o CRAS pela limitação no suporte do suporte familiar e para as novas necessidades de saúde. Quanto ao atendimento na unidade de saúde foi relatado que o usuário foi atendido no domicílio por três meses. O paciente recebia visita domiciliar da equipe multiprofissional do serviço composta por médico, agente comunitária de saúde e enfermeira continuamente. Interrompeu o acompanhamento no serviço após mudar-se para cidade da região metropolitana, mas segue acompanhado pelo serviço do

novo território onde reside. A familiar entrevistada relatou uma demanda de fraldas posterior a alta, mas que o usuário não teve o acesso pelo SUS, pela falta da procuração para a retirada deste direito pelo familiar, visto que o usuário pela condição de desorientação não pode confeccionar o documento no tabelionato. A familiar entrevistada havia deixado seu trabalho e no momento encontrava-se sem renda. Verbaliza que as fraldas são obtidas através de doações. Com relação ao CRAS, a participante afirmou não ter recebido visita domiciliar conforme combinado em discussão de caso com técnica do serviço nem contato telefônico com o serviço.

O usuário 7 com demandas semelhantes de saúde, encontrava-se acamado e contava como único suporte a mãe idosa, recebeu atendimento domiciliar da UBS com equipe interprofissional durante as primeiras semanas tendo continuado o acompanhamento com o Programa Melhor em Casa também com equipe multiprofissional e acesso fisioterapia no domicílio. O usuário atualmente encontra-se realizando fisioterapia e acessando outros serviços como AACD pelo transporte da família após ter recuperado a capacidade de se locomover com a cadeira de rodas. Quanto à visita domiciliar combinada que deve ser realizada pelo CRAS, a entrevistada informa que esta não ocorreu.

Quanto à usuária 6, que teve articulada com a rede visita domiciliar da ACS com a finalidade de aproximar a usuária do serviço, ela informa que esta visita nunca se realizou, mas que o serviço foi acessado para a realização de encaminhamento para atendimento de quimioterapia no HCPA. A respeito do auxílio-doença, o direito foi encaminhado e homologado pelo INSS de forma ágil, o que é fundamental para as condições da renda e provimento das necessidades da família.

O usuário 8 também teve articulada visita domiciliar da equipe da unidade básica de saúde, sendo combinado com assistente social da unidade do HCPA para qual foi transferido a continuidade do acompanhamento e o contato com o serviço para avisar sobre a alta hospitalar. Contudo, o usuário não teve o atendimento domiciliar realizado, mas segue em acompanhamento com a unidade no serviço. Quanto ao encaminhamento do auxílio-doença, a entrevistada informa que entrou em contato com o INSS e foram informados que a perícia hospitalar ocorreu sem visita ao leito durante internação. O usuário segue em recebimento do benefício.

Dentre os que não foram atendidos 1 caso se deu em razão do óbito ainda durante a internação (usuária 5) no hospital Santa Ana para onde foi transferida, e dois usuários com demanda de vinculação e ou acesso atenção básica alegarem

que tinham suas necessidades atendidas no HCPA através do atendimento ambulatorial.

No caso do usuário 2 a entrevistada informou que não houve tempo de procurar o serviço, pois o usuário estava realizando atendimento no HCPA para radioterapia e quimioterapia e faleceu algumas semanas após a alta. A usuária 4, com dificuldade no agendamento de consultas, relatou que não houve o acesso a unidade de saúde, pois não considerou necessário no momento, compreendendo que tem suas necessidades de saúde atendidas no HCPA. Porém destacou que tendo a necessidade de fazer algum exame de rotina sabe que poderá acessar a unidade. Neste caso a tomada dos conhecimentos sobre o atendimento tem relação com democratização das informações e acesso do serviço.

Observa-se que aqueles usuários que tiveram suas necessidades atendidas pelos serviços SUS, foram aqueles que tinham uma demanda mais relacionada a reabilitação da sua saúde do que os que foram contratados em caráter mais preventivo. Temos como exemplos os pacientes 1, 7 acamados e 3 com necessidade de cuidados com a vida diária que receberam atendimento domiciliar são serviços da atenção básica e no caso do usuário 7 também do programa melhor em casa. O usuário 8, com necessidades de cuidados com a vida diária não teve realizada visita domiciliar sendo acompanhado pela atenção básica no serviço de saúde. Também a demanda por medicamentos da usuária 9 foi atendida, porém com o entrave da demora do acesso. O usuário 10, teve necessidades de cuidados com a vida diária não teve acesso rápido à vinculação devido a burocratização dos serviços.

Os usuários com demandas de orientação sobre acesso ou vinculação aos serviços em razão de um atendimento mais preventivo, afirmaram não ter buscado ou acessado o serviço. No caso da usuária 4 por estar em acompanhamento no HCPA e até o momento não ter sentido necessidade de acessar a unidade, e do usuário 10 também por ter estado em tratamento contínuo no HCPA e por ter tido óbito pouco tempo após o fim da internação. No caso da usuária 6, não foi realizada a visita domiciliar da agente de saúde. O que nos permite inferir que pela demanda de atendimento, os serviços da atenção básica não têm tido a possibilidade de atender plenamente usuários com demandas de prevenção a agravos a saúde (BRASIL, 2012).

A burocracia para acesso nos serviços também foi um fator destacado nos serviços de saúde e da previdência social, pelas documentações exigidas para remarcação de perícia e vinculação aos serviços da atenção básica. No caso da usuária com demandas de medicação especial, esta também se apresentou com uma demora que ocasionou a compra do medicamento por 2 meses.

O acesso aos serviços com a rede intersetorial só se concretizou com aqueles usuários com demanda para a previdência social através do recebimento do auxílio-doença. No entanto este se deu com dificuldades pela burocratização do acesso que fez a familiar do usuário 8 retornar 2 vezes ao serviço para remarcação de perícia. No caso da vinculação esta só foi possível pela intermediação realizada da agente comunitária de saúde que possibilitou a quebra de protocolos burocráticos solicitados para a vinculação que criam empecilhos ao acesso. Neste caso, ao mesmo tempo que a burocratização foi entrave, o papel da agente comunitária de saúde se apresentou como um potencial visto a competência deste profissional de realizar articulação e aproximação da atenção básica com a comunidade.

Já articulações com os serviços da política de assistência social também não foram efetivadas. No que diz respeito ao não acesso ao CRAS e ao SAF, não é possível afirmar a razão do não acesso. Mas é possível destacar algumas dificuldades vivenciados na vivência de estágio ao realizar articulações com os serviços da assistência social: a primeira devido ao volume de demandas que estas equipes atendem, o que nem sempre possibilita o atendimento de todos os usuários e também pela dificuldade técnicas de outras políticas de entender a saúde como uma demanda intersetorial, tendo em vista a experiência em discussões de caso com os técnicos em que, em algumas situações, eles resistem a realizar o atendimento.

Após a alta não foram mencionadas também articulação entre atendimentos dos serviços do SUS com outras políticas tal como a previdência social. Cabe destacar que a intersetorialidade no âmbito das políticas sociais apoia-se no reconhecimento de que articulação entre setores implica em mudanças substanciais na gestão das políticas bem como na ampliação da democracia. Mas para além do impacto na gestão, a intersetorialidade deve ser compreendida e manejada de forma dialética, pois a fragmentação das ações acarreta a inoperância e na efetividade do acesso a direitos (POTYARA, 2014). No entanto, tanto no âmbito da gestão, ou seja, da otimização de recursos, quanto a partir da efetivação da intersetorialidade na

perspectiva dialética não foram concretizadas, pois as demandas junto às políticas de assistência social, previdência, ocorreram de forma fragmentada.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde no Brasil enquanto política pública teve um longo percurso até a constituição SUS em seu caráter democrático e universal. Assim a implantação deste sistema contemplando os princípios da integralidade e universalidade garantida pelo estado foi marco para ampliação do acesso a saúde pela população como um todo.

No entanto, o SUS existe em meio a uma séria de disputas com setor privado de saúde como muitas impactam na prestação dos serviços públicos de saúde. Assim a sociedade civil através dos conselhos de saúde assim como das conferências nacionais de saúde, mesmo que também sendo um espaço de disputa, possibilitam a defesa do SUS constitucional com seus princípios.

No mesmo sentido da garantia do acesso, o objetivo da identificação dos determinantes condicionantes presente na Lei n. 8080 de 1990 corrobora para a integralidade pela consideração dos impactos da estrutura social econômica na saúde dos sujeitos. Assim, os determinantes sociais devem ser compreendidos a partir da perspectiva social e científica da abordagem marxista compreendendo que determinação social do processo saúde-doença é permeada pelas contradições inerente de um modelo de sociedade que promove uma série de negações de direitos decorrentes da acúmulo do capital.

Tendo em vista relação da estrutura da sociedade capitalista e saúde, compreensão da determinação social no processo saúde-doença assim, é fundamental para também a identificação das necessidades de saúde dos sujeitos no seu sentido ampliado, à medida que estas abarcam uma série de demandas relativas às condições de vida e suporte familiar dos usuários. Dessa forma, a saúde não pode ser entendida isoladamente pelo viés biomédico, mas sim compreendendo as diversas relações sociais e formas de viver que decorrem do contexto societário. Assim, o trabalho interprofissional se faz fundamental para identificação destas necessidades em conjunto também com a rede intersetorial para que estas sejam atendidas através do conjunto das políticas públicas.

Na perspectiva do trabalho interprofissional o assistente social contribui para integralidade a partir de sua competência que permite desvelar as expressões da questão social bem como enfatizar os determinantes sociais com usuários e equipe

do hospital. No mesmo sentido, também atua na perspectiva de concretizar a integralidade através das articulações intersetoriais com a rede. Contudo, o trabalho interprofissional e intersetorial ainda assim é realizado com algumas fragilidades tendo em vista a cultura hospitalar, médico centrada, que atribui ao serviço social o trabalho em rede o que pode acarretar limites visto que o demais profissionais têm competências importantes para identificação de determinadas necessidades de saúde que poderiam ser discutidas com a rede.

Com relação às necessidades de saúdes dos usuários, houve demandas para acessos a sondas, fraldas, sendo estas necessidades de suma importância de ser atendidas para continuidade do cuidado. No entanto se destaca a identificação realizada pelo serviço de necessidades relativas ao suporte familiar com as quais buscou-se realizar estratégias e articulações com os serviços da rede para resolução desta demanda e orientações sobre acesso a direitos com a rede intersetorial, como acompanhamento sociofamiliar, orientação sobre auxílio-doença tendo em vista a importância da renda para manutenção da saúde, atendimento na delegacia da mulher também no intuito de promover a proteção social, entre outros. A identificação dessas demandas foi possível através da competência do assistente social em realizar a leitura crítica da realidade que permite a identificação dos determinantes sociais bem como a partir do alinhamento com conceito de saúde em seu sentido ampliado que permite enxergar as necessidades de saúde para além das necessidades biológicas o que é imprescindível para efetivação da integralidade. Para tal utiliza-se de estratégias profissionais para a continuidade do cuidado integral em saúde, buscando uma articulação intersetorial, tensionando os serviços das diferentes políticas sociais para atendimento das necessidades em saúde dos usuários.

Assim as articulações e orientações para a rede de serviços do SUS partiram das necessidades em saúde entendida na compreensão ampliada e se deram a partir da competência teórico metodológica que permitiram vislumbrar respostas às necessidades dos usuários através do conhecimento das políticas públicas. Nos casos em que foram realizadas orientações para os serviços em geral, elas cumpriram um papel socioeducativo tendo em vista a democratização dos serviços da rede. Já articulações com os serviços, em alguns casos demandaram também a ênfase nos determinantes sociais de saúde com as equipes para que fosse possível a construção de estratégias tais como as visitas domiciliares com os serviços da

atenção básica. Um instrumento utilizado para enfatizar os determinantes sociais bem como contribuir para o entendimento a saúde como uma demanda intersetorial foi a elaboração de relatórios sociais para os serviços da assistência social com a finalidade de evidenciar no parecer a importância do acompanhamento.

Quanto ao acesso aos serviços da rede os entraves destacados alguns destes foram burocratização, dificuldade de aproximação da equipe de saúde da atenção básica para atendimento de demandas de caráter preventivo para aqueles usuários que não tinham uma necessidade de cuidado que demandassem atendimentos mais frequente com unidade de saúde e a fragilidade no trabalho intersetorial. A burocratização do acesso aos serviços do INSS e para vinculação na atenção básica foi um entrave que dificultou o acesso aos serviços. Com relação a intersetorialidade, esta é um desafio pois em alguns casos ocorre só a partir da articulação do hospital com outros serviços, no entanto, é importante também articular estratégias para que as políticas dialoguem entre si para além da articulação feitas com o hospital.

Entre as potencialidades observadas, a possibilidade atendimento ou acompanhamento domiciliar pela atenção básica ou pelo programa Melhor em Casa para usuários com necessidade de cuidados por estar acamada foi bastante efetiva e importante para o suporte das famílias. Ainda, com relação a atenção básica, também foi percebido uma participação importante da agente comunitárias de saúde nas visitas domiciliares multiprofissionais as quais também têm um papel importante para orientação dos serviços do SUS aos usuários e na desburocratização para acesso a direitos como a vinculação ao serviço. Os profissionais da rede também contribuem no conhecimento do assistente social sobre serviços e direitos e orientação aos usuários a medida que socializam as informações sobre o acesso. Por fim, o estudo apontou a importância e a contribuição do Serviço Social, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde, partir do contexto hospitalar, evidenciando as potencialidades e os limites para o acesso a direitos sociais dos pacientes neurocirúrgicos. O Assistente Social é parte importante da equipe à medida que identifica demandas de saúde que podem não ser tão aparentes para outros profissionais pela organização do trabalho que nem sempre tem um caráter tão interprofissional. A fim de buscar respostas a essas demandas de articulação em rede foi fundamental para continuidade do cuidado em saúde e garantia de direitos. Principalmente nas articulações como os serviços de saúde, em boa parte dos casos

foi possível enxergar a integralidade acontecendo e as equipes da atenção básica compuseram parte importante nesse processo. A partir da escuta atenta para as necessidades de saúde e do trabalho em rede, apesar dos limites da precarização dos serviços públicos, é possível trabalhar na perspectiva de garantia de direitos dos usuários e na integralidade o acesso a saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti; SILVA, Marcelo José de Souza. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p.953-965, out. 2014. Trimestral.
- ALVARENGA, José da Paz Oliveira et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na Formação em Saúde: Vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Revista de Enfermagem Ufpe**, Recife, v. 7, p.5944-5951, out. 2013. Mensal.
- ANTUNES, Ricardo. **Privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018
- BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Editora Zahar. 1993.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados e do Senado Federal, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm). Acesso em: 2 ago. 2021
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm). Acesso em: 2 ago. 2021
- Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 2014.

Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_pna\\_ps.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pna_ps.pdf):> Acesso em: 1 de dezembro de 2019.

BRASIL. Política nacional de saúde integral da população negra. Brasília- DF, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, 2017.

Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf)>, cesso em: 01 dez. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BRASIL. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

BRASIL. TIPIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS. Brasília: MDS; 2014. Disponível em:

<[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf)> Acesso em: 17 nov. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** 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, set. 1990.

BRASIL. **Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e saúde: desafios atuais.** Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios, São Luís, nº 13, ABEPSS, jan.-jun. 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMARA, Ana Maria Chagas Sette. **Oficina de educação interprofissional para a residência multiprofissional. Caderno de Educação Saúde e Fisioterapia**, [S. l.], v. 1, n. 1, p.27-34, 2014

CAMPOS, Marta Silva. O casamento da político social com a família: feliz ou infeliz? In: Mioto, Regina Tamaso; Campos, Marta Silva; Carloto, Cássia Maria. *Familismo direitos e cidadania: contradições da política social*. São Paulo: Cortez, 2015. p 21-43

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: Uerj, Ims: Abrasco, 2009. p. 184. Disponível em:<<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2019.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: Uerj, Ims: Abrasco, 2009. p. 184. Disponível em:<<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2019.

CFSS. *Parâmetros de Atuação do assistente social na Política de Saúde*. 2010.

Comissão dos Determinantes Sociais da saúde. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*. Lisboa: OMS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução número 383 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997**.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. 7ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DELZIOVO, Carmem Regina, et. al. *Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil*. Rio de Janeiro: Ciência & saúde coletiva, vol.23, n.5, 2018.

FERNANDES, Rosa M. C.; HELLMANN, Aline. **Dicionário Crítico**: GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. **Da noção de**

**determinação social à de determinantes sociais da saúde.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 4, n. 112, p.63-76, jan. 2017. Trimestral. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0063.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0063.pdf)>. Acesso em: 09 jul. 2019.

GARCIA, Leandro Martin Totaro et al. Intersectorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. Rio de Janeiro: **Saúde em debate.** vol. 38, n. 103, 2014, pp. pp. 966-980.

GRACIOTO, Ariane; GOMES, Caren Jaqueline; ECHER, Isabel Cristina and LORENZI, Paula Del Corona. **Grupo de Orientação de Cuidados aos Familiares de Pacientes Dependentes.** Revista brasileira de enfermagem. [2006, v.59, n.1 <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>] Acesso em: 17 nov. 2019.

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

INSS. Mds. **MDS: Pente-fino do INSS inicia nova etapa e convoca 522 mil beneficiários.** 2018. Disponível em: <<https://www.inss.gov.br/mds-pente-fino-do-inss-inicia-nova-etapa-e-convoca-522-mil-beneficiarios/>>. Acesso em: 1 dez. 2019.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.** 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, set. 1990.

LIMA, Rita de Lourdes de; SILVA, Amanda Kelly Belo da; SILVA, Franciclécia de Sousa Barreto and MEDEIROS, Milena Gomes de. **Trabalho doméstico e desproteção previdenciária no Brasil: questões em análise.** Revista katálysis., v. .13, n.1, 2010, pp.40-48

LOURENCO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.32, n.115, 2007, pp.121-134.

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

MATTA, Gustavo Correa, PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Política de Saúde organização e operacionalização sistema único de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Hicitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 4, n. 3, nov. 1997-fev. 1998, 1998, p. 513-531.

Disponível em: [http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2015/05/22/17\\_11\\_36\\_40\\_viol%C3%Aancia\\_e\\_sa%C3%BAde.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2015/05/22/17_11_36_40_viol%C3%Aancia_e_sa%C3%BAde.pdf)> Acesso em: 1 dez. 2019.

MONENERAT, Gisele Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. **A intersectorialidade na Agenda das políticas sociais**. Campinas: Editora Papel Social. 1 ed. 2014.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto ético-político do Serviço Social**. A In: MOTA, Ana Elizabete Simões da et al. **Serviço Social e saúde - formação e trabalho profissional**. São Paulo: Editora Cortez, 2009. p. 1-22.

OMS. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. 2010. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-01122014-115054/pt-br.php> OPAS/OMS (Brasília). **Folha informativa - Violência contra as mulheres**. 2017.

Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820)>. Acesso em: 1 dez. 2019.

OPAS/OMS. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher**. Ação e produção de evidência. 2010.

PAIM, Jairnilson *et. al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, Série Brasil. [S. l.], 2011; p. 11-31.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1723-1728, jan-mar. 2018. Trimestral.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PETTRES, Andreia Assmann; ROS, Marco Aurélio da Ros. **A determinação social da saúde e a promoção da saúde social**. Arquivos Catarinenses de Medicina. Santa Catarina, v. 47 n. 3, jul. set. 2018, p. 183-196.

PINTO, Eduardo Araújo et. al. Necessidades de cuidados expressas pela família que possui um acamado no domicílio. *Enfermagem em Foco*, v. 3, n. 4, 2012. 194-197.

**Política de Assistência Social no Brasil.** Porto Alegre: UFRGS Editora, 2016. 324 p. Disponível em: <<http://www.paodospobres.org.br/site/quem-somos/>>.

POMPEO, Daniele Alcalá et. al. **Atuação do Enfermeiro na Alta Hospitalar: reflexão a partir dos relatos dos pacientes.** São Paulo: Acta Paul. Enfermagem, v. 20, n. 3, 2007, p. 345-50.

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina et. al. **Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem.** *Revista de Enfermagem Referencia* 2014, v. 4, n.3, 2014 pp.157-164.

RAMON, Gisele Selistre. **Determinação social da saúde e as dimensões da competência profissional de assistentes sociais de Porto Alegre.** 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Serviço Social, Puc, Porto Alegre, 2013

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. **Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde.** *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v. 1, p.129-135, 2015.

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA A COLETA DA PESQUISA DE CAMPO

Nome do usuário: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

- Unidade Básica de Saúde ou Estratégia de saúde da família;
- Farmácia municipal
- Serviços da rede intersetorial com os quais foram realizadas articulações ou orientação para acesso a direitos:
- Centro de Saúde
- Secretarias Municipais de saúde
- Programa Melhor em Casa
- Centro de Atenção Psicossocial
- Associação de Apoio a Pessoas com Câncer
- Prefeitura
- Centro de Referência em Assistência Social
- Serviço de Atendimento familiar
- INSS
- Serviço de Assessoria Jurídica Universitária
- Defensoria Pública
- Delegacia

### Dados sobre o acesso a serviços

Nº do Serviço ( ) Acessou o Serviço/ direito: ( ) Sim ( ) não

Quanto tempo levou para acessar o direito? Que aspectos positivos a/o senhor(a) destaca sobre o acesso?  
Quais foram as dificuldades encontradas para o acesso ao serviço/ direito?

Nº do Serviço ( ) Acessou o Serviço/ direito: ( ) Sim ( ) não

Quanto tempo levou para acessar o direito? Que aspectos positivos a/o senhor(a) destaca sobre o acesso?  
Quais foram as dificuldades encontradas para o acesso ao serviço/ direito?

Nº do Serviço ( ) Acessou o Serviço/ direito: ( ) Sim ( ) não  
Quanto tempo levou para acessar o direito? Que aspectos positivos a/o senhor/a/ senhora destaca sobre o acesso?  
Quais foram as dificuldades encontradas para o acesso ao serviço/ direito?

Nº do Serviço ( ) Acessou o Serviço/ direito: ( ) Sim ( ) não  
Quanto tempo levou para acessar o direito? Que aspectos positivos a/o senhor/a/ senhora destaca sobre o acesso?  
Quais foram as dificuldades encontradas para o acesso ao serviço/ direito?

## APÊNDICE B - BIBLIOGRAFIAS SISTEMATIZADAS POR CAPÍTULOS

### O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS

BRASIL Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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, set. 1990.

BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e saúde: desafios atuais. Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios, São Luís, nº 13, ABEPSS, jan.-jun. 2007. Falta as páginas consultadas

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

PAIM, Jairnilson et. al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, Série Brasil. [S. l.], 2011; p. 11-31.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1723-1728, jan-mar. 2018. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

### 2. A EFETIVAÇÃO E OS ENTRAVALS PARA O DIREITO A SAÚDE DIANTE DOS PRINCÍPIOS DO SUS E DETERMINANTES SOCIAIS

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti; SILVA, Marcelo José de Souza. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p.953-965, out. 2014. Trimestral.

ALVARENGA, José da Paz Oliveira et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na Formação em Saúde: Vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. Revista de Enfermagem Ufpe, Recife, v. 7, p.5944-5951, out. 2013. Mensal.

BRASIL. Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 2014. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_pnaps.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf)

BRASIL. Política nacional de saúde integral da população negra. Brasília- DF, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf)>, cesso em: 01 dez. 2019.

BRASIL. PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2009.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMARA, Ana Maria Chagas Sette. Oficina de educação interprofissional para a residência multiprofissional. Caderno de Educação Saúde e Fisioterapia, [S. l.], v. 1, n. 1, p.27-34, 2014

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Uerj, Ims: Abrasco, 2009. p. 184. Disponível em:<<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2019.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Redução das desigualdades no período

de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Lisboa: OMS, 2010.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 112, p.63-76, jan. 2017. Trimestral. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0063.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0063.pdf)>. Acesso em: 09 jul. 2019.

MATTA, Gustavo Correa, PONTES, Ana Lúcia de Moura. Política de Saúde organização e operacionalização sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

OMS. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. 2010. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-01122014-115054/pt-br.php>

PETTRES, Andreia Assmann; ROS, Marco Aurélio Da Ros. A determinação social da saúde e a promoção da saúde social. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. Santa Catarina, v. 47 n. 3, jul. set. 2018, p. 183-196.

RAMON, Gisele Selistre. Determinação social da saúde e as dimensões da competência profissional de assistentes sociais de Porto Alegre. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Serviço Social, Puc, Porto Alegre, 2013.

ro: IMS, Uerj, Abrasco, 2001.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo, v. 1, p.129-135, 2015.

GARCIA, Leandro Martin Totaro et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. Rio de Janeiro: Saúde em debate. vol. 38, n. 103, 2014, pp. pp. 966-980.

### 3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DO SUS

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Uerj, Ims: Abrasco, 2009. p. 184. Disponível em:<<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2019.

CFSS. Parâmetros de Atuação do assistente social na Política de Saúde. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução número 383 de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2008

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto ético-político do Serviço Social. A In: MOTA, Ana Elizabete Simões da et al. Serviço Social e saúde - formação e trabalho profissional. São Paulo: Editora Cortez, 2009. p. 1-22.

POMPEO, Daniele Alcalá et. al. Atuação do Enfermeiro na Alta Hospitalar: reflexão a partir dos relatos dos pacientes. São Paulo: Acta Paul. Enfermagem, v. 20, n. 3, 2007, p. 345-50.

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina et. al. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referencia* 2014, v. 4, n.3, 2014 pp.157-164.

### 4. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS: O ACESSO AOS DIREITOS SOCIAIS DOS PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS NO HCPA

ANTUNES, Ricardo. Privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018

BOTTOMORE, Tom. Dicionário do Pensamento Marxista. Rio de Janeiro: Editora Zahar. 1993.

BRASIL. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. 2016.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de Agosto 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. 2006.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde. 2012. Disponível em:

< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 17 nov. 2019.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BRASIL. TIPIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS. Brasília: MDS; 2014. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf)> Acesso em: 17 nov. 2019.

CAMPOS, Marta Silva. O casamento da político social com a família: feliz ou infeliz? In: Mioto, Regina Tamaso; Campos, Marta Silva; Carloto, Cássia Maria. Familismo direitos e cidadania: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015. p 21-43

CFSS. Parâmetros de Atuação do assistente social na Política de Saúde. 2010.

CURY, Carlos Roberto Jamil. Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 7ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DELZIOVO, Carmem Regina, et. al. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. Rio de Janeiro: Ciência & saúde coletiva, vol.23, n.5, 2018.

FERNANDES, Rosa M. C.; HELLMANN, Aline. Dicionário Crítico:

GRACIOTO, Ariane; GOMES, Caren Jaqueline; ECHER, Isabel Cristina and LORENZI, Paula Del Corona. Grupo de Orientação de Cuidados aos Familiares de Pacientes Dependentes. Rev. bras. enferm. [onlin 2006, v.59, n.1

INSS. Mds. MDS: Pente-fino do INSS inicia nova etapa e convoca 522 mil beneficiários. 2018. Disponível em: <<https://www.inss.gov.br/mds-pente-fino-do-inss-inicia-nova-etapa-e-convoca-522-mil-beneficiarios/>>. Acesso em: 1 dez. 2019.

LIMA, Rita de Lourdes de; SILVA, Amanda Kelly Belo da; SILVA, Franciclécia de Sousa Barreto and MEDEIROS, Milena Gomes de. Trabalho doméstico e desproteção previdenciária no Brasil: questões em análise. Revista Katálysis., v. .13, n.1, 2010, pp.40-48.

LOURENCO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANI, Íris Fenner. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v.32, n.115, 2007, pp.121-134.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hicitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 4, n. 3, nov. 1997-fev. 1998, 1998, p. 513-531. Disponível em: <[http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2015/05/22/17\\_11\\_36\\_40\\_viol%C3%Aancia\\_e\\_sa%C3%BAde.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2015/05/22/17_11_36_40_viol%C3%Aancia_e_sa%C3%BAde.pdf)> Acesso em: 1 dez. 2019.

MONENERAT, Gisele Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. A intersectorialidade na Agenda das políticas sociais. Campinas: Editora Papel Social. 1 ed. 2014.

OPAS/OMS (Brasília). Folha informativa - Violência contra as mulheres. 2017. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820)>. Acesso em: 1 dez. 2019.

OPAS/OMS. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher Ação e produção de evidência. 2010.

PINTO, Eduardo Araújo et. al. Necessidades de cuidados expressas pela família que possui um acamado no domicílio. Enfermagem em Foco, v. 3, n. 4, 2012. 194-197.

Política de Assistência Social no Brasil. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2016. 324 p. Disponível em:<<http://www.paodospobres.org.br/site/quem-somos/>>. Acesso em: 17 nov. 2019

## **APÊNDICE C - ROTEIRO DE LIGAÇÃO TELEFÔNICA PARA CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

Bom dia, o meu nome é Jessica Mabel Soares Teixeira Menezes, sou pesquisadora no HCPA. O objetivo da pesquisa é investigar as potencialidades e entraves que ocorrem na continuidade do cuidado em saúde após a alta hospitalar a partir das orientações junto à rede de serviços de saúde e socioassistenciais.

Estou ligando para convidar o/a senhor/senhora a participar desta pesquisa, pois verificamos que você ou seu familiar realizou acompanhamento com o Serviço Social no HCPA. O convite para sua participação na pesquisa se dá pelo fato do/da senhor/senhora ou seu familiar ter sido um paciente neurocirúrgico atendido (a) pelo Serviço Social entre dezembro de 2018 a junho de 2019, e na ocasião recebeu orientação do Serviço Social sobre acesso a direitos e serviços e/ou teve realizada alguma ação entre a equipe do hospital e os serviços da rede socioassistencial (serviços de saúde, da assistência social, previdência social entre outros). Se tiver interesse em participar, você responderá a 4 perguntas sobre o acesso a estes direitos e serviços orientados. Ressaltamos que caso não tenha interesse em participar, isto não interfere no seu atendimento ou em consultas e exames já agendados.

Você gostaria de participar: ( ) Sim ( ) Não

O senhor(a) tem alguma dúvida em relação a pesquisa? ( )sim ( ) Não

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o Sr. poderá entrar em contato com o coordenador responsável pelo estudo: Prof.<sup>a</sup> Dolores Sanches Wünsch que pode ser localizada no Instituto de Psicologia da UFRGS (telefone 51 3308-5283). O Comitê de Ética do hospital de Clínicas de Porto Alegre também poderá ser contatado através do telefone (51) 3359-7640, endereço Rua Ramiro Barcelos, 2350/sala 2229 no seguinte horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h ou pelo e-mail: cep@hcpa.edu.br.

Dados da entrevista

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Dia da ligação: \_\_\_\_\_ Hora da ligação: \_\_\_\_\_

Pesquisador que realizou a ligação: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_