

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
JULIANA FATIMA DA FREIRIA

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR
SEGURA

Santos

2021

JULIANA FATIMA DA FREIRIA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROTOCOLO DE ALTA
HOSPITALAR**

Trabalho apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Liduina de Oliveira e Silva.

Santos

2021

F866a Freiria, Juliana Fátima da.
A Atuação do Serviço Social no Protocolo de Alta Hospitalar/
Juliana Fátima da Freiria;Orientadora Maria Liduína de Oliveira e
Silva. -- Santos, 2021.
40 p.; 30cm

TCC (Graduação - Serviço Social) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Alta Hospitalar. 2. Saúde. 3. Planejamento. 4.Assistente
Social. I.Oliveira e Silva, MariaLiduina de , Orient. II. Título.

CDD 361.3

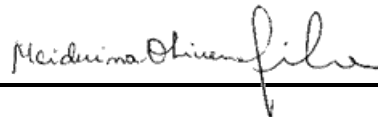
JULIANA FATIMA DA FREIRIA

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROTOCOLO DE ALTA
HOSPITALAR**

Trabalho apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Liduina de Oliveira e Silva.

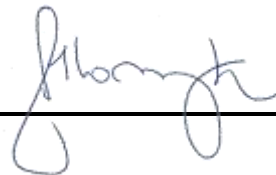
Aprovação em: 08/03/2021

ORIENTADORA:



Prof. Dr^a. Maria Liduina de Oliveira e Silva
Universidade Federal de São Paulo

EXAMINADORES:



Prof. Dr^a. Silvia Maria Tagé Thomaz
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr^a. Maria Lucia Garcia Mira
Universidade Federal de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao Senhor Jesus Cristo que tornou o sonho da graduação possível, e é nessa fé que diante de todas as dificuldades encontrei apoio para permanecer e realizar.

Agradeço meus familiares, especialmente, minha mãe Silvana, que diante de tantas dificuldades que enfrentou em sua vida, conseguiu vencer e criar três filhos, meus irmãos Jonata e Natalia, meu padrasto Aguinaldo e meus cunhados Francine e Paulo, que sempre estiveram presentes em minha vida, com todo suporte emocional e material.

Agradeço meus amigos de longa data, que sempre me incentivaram a entrar na universidade, e os que fiz durante minha graduação, especialmente Carla Silveiro, Samuel L. Abilio, Guilherme Jhuan, Katiúcia Cruz, Patrícia J. Rossati e Vanda Theodoro, saibam que a ajuda de vocês durante esse período foi fundamental para que eu fosse até o fim, todos foram uma grande inspiração e exemplo, tenho certeza que nossa amizade e apoio mútuo serão para a vida.

À esta universidade, sua direção, todos os professores, por todo ambiente inspirador e pela oportunidade de concluir este curso.

À minha orientadora Professora Liduina, uma das mulheres mais inteligentes e agradáveis que conheci. Obrigada por toda compreensão e paciência, foram tempos bem difíceis para todos nós e, ainda assim, sempre estive disposta e presente. Nessa nova trajetória espero contar novamente com seus conhecimentos e apoio. À professora Silvia Tagé, que gentilmente aceitou a leitura, e teve grande contribuição e participação na conclusão desse trabalho.

“2. Amplia o lugar da tua tenda, e estendam-se as cortinas das tuas habitações; não o impeça; alonga as tuas cordas, e firma bem as tuas estacas.

3. Porque trasbordarás para a direita e para a esquerda; e a tua posteridade possuirá as nações e fará que sejam habitadas as cidades assoladas”.

(Isaias cap.54; versículos 2 e 3)

RESUMO

A presente investigação bibliográfica teve como objetivo identificar e analisar as melhores práticas do assistente social em contexto de planejamento e implementação de um processo de alta hospitalar segura. Para compreender todos os pontos de vista, consta-se com capítulos ao longo deste trabalho que discorrem sobre aspectos da política de saúde, ética do profissional de saúde, ambiente hospitalar, planejamento da alta hospitalar, entre outros e, para isso, entende-se que é compromisso do assistente social introduzir a ética em suas intervenções profissionais, humanizando suas práticas, reconhecendo nos usuários os sujeitos de direitos que são, tendo em vista o contexto de cidadania e de democracia, assumir esse compromisso, só pode ser alcançado por meio de práticas multidisciplinares, traçado em uma perspectiva ética de humanização e qualidade de vida. Nota-se que, com a mudança do paradigma do modelo saúde, surgem novas demandas para o Assistente Social, sendo sua atuação hoje requisitada para a própria manutenção e garantia dos direitos dos usuários dentro do Sistema Único de Saúde - SUS. O profissional se insere dentro da lógica do trabalho coletivo em saúde, juntamente com outros profissionais, que buscam o restabelecimento da saúde coletiva e a manutenção do sistema e, cumprindo-se o objetivo deste trabalho, compreende-se no último capítulo o papel do assistente social na alta hospitalar segura e, a chamada alta social.

Palavras-chave: Alta hospitalar. Planejamento. Assistente Social. Saúde. Multidisciplinar.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 08 |
| CAPÍTULO 1 -CONCEITO E HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL | 10 |
| 1.1 A Política Pública de Saúde: SUS..... | 13 |
| 1.1.1 A Política Pública de Saúde e o Serviço Social..... | 16 |
| CAPÍTULO 2 - O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE HOSPITALAR | 21 |
| 2.1 O Trabalho Profissional em Saúde e a Ética Profissional..... | 23 |
| 2.2 A Relação Paciente Internado e o Assistente Social..... | 28 |
| 2.3Planejamento da Alta Hospitalar..... | 30 |
| 2.4A Particularidade do Trabalho do Assistente Social Referente Ao Protocolo de Alta Hospitalar Segura..... | 32 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 38 |

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a sociedade vivencia inúmeras transformações de ordem econômica, social e tecnológica. Adaptar-se ao novo cenário, a uma nova ordem social, não é só uma necessidade, mas sim uma questão de sobrevivência.

O campo da saúde na realidade brasileira é palco privilegiado por diversas lutas em prol dos diferentes interesses que permeiam as classes sociais. Sendo assim, as políticas públicas voltadas para o atendimento das necessidades da população são frutos de intensos movimentos e lutas sociais de diferentes épocas, sobretudo no que tange aos períodos anteriores à promulgação da Constituição Federal em 1988 e a criação do SUS (Lei nº 8.080/1990).

A hospitalização de um paciente traz para o mesmo e para seus familiares dificuldades para assimilar informações sobrediagnóstico, tratamento e cuidados posteriores, especialmente quando se trata de pacientes idosos, acamados ou que apresentam necessidades de cuidados paliativos, ou pós cirúrgicos.

O Ministério da Saúde em sua portaria 3.390 de 30/12/2013 artigo 3º, dispõe:

Art. 3º. Os hospitais são instituições complexas com necessidades tecnológicas de caráter multiprofissional e interdisciplinar responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas que apresentem potencial de estabilização e complicações de seu estado de saúde exigindo ser 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 p.2).

Devemos pensar na alta hospitalar responsável desde a entrada do paciente na instituição. A alta qualificada é um processo que deve envolver todos os profissionais ligados, direta ou indiretamente no tratamento proposto a esse paciente. Sendo assim, é necessário definir e compreender o contexto do processo de hospitalização, e alinhar protocolos de atendimento fazendo com que a parceria entre equipes atinja melhores resultados na tomada de decisões, reforçando a importância e a necessidade de atendimentos ao paciente de forma multidisciplinar.

O conceito de interdisciplinaridade fica mais claro quando se considera o fato trivial de que todo conhecimento mantém um diálogo permanente com outros conhecimentos que pode ser de questionamento de confirmação, de complementação, de negação, de ampliação, de iluminação, de aspectos não distinguidos (GEROLIN, 2017, p. 6).

Portanto, é fundamental que a equipe multiprofissional conheça e reconheça que o maior objetivo em suas práticas profissionais é o cuidado com o paciente, seus

familiares e cuidadores, que os resultados esperados são estabelecidos a partir de uma relação de credibilidade, confiança e de projeção na continuidade do tratamento proposto.

Para que esse atendimento ocorra de forma efetiva são necessários processos de gestão, organização e de diálogos periódicos entre equipes. Esses processos possibilitam a sincronia, maior fluidez, desenvolvimento de estratégias e planos de ação e perfeição da práxis.

O Serviço Social tem em uma de suas características profissionais, o trabalho multidisciplinar, constituído em seu Código de Ética Profissional, no art. 7º linha D:

Art. 7º. Integrar comissões interdisciplinares de ética nos locais de trabalho do profissional tanto no que se refere à avaliação da conduta profissional como em relação às decisões quanto às políticas institucionais (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2011, p. 31).

É importante ressaltar que além da compreensão dos profissionais envolvidos no atendimento multidisciplinar, é fundamental o apoio da liderança da instituição, sendo esses diretores, supervisores, coordenadores, entre outros.

O objetivo deste trabalho então, é mostrar a atuação do Serviço Social nos protocolos de alta hospitalar segura e seu papel principal na área da saúde e, dentro de um hospital, identificar as demandas de permanência de pacientes de alta complexidade na área hospitalar através de pesquisas e análises documentais e bibliográficas. O capítulo um, abordará o conceito e histórico do Serviço Social no sentido de realizar um resgate histórico embasado nas práticas conservadoras que originaram a profissão, contextualizado o surgimento do Sistema Único de Saúde e as implicações da atuação profissional do assistente social no âmbito da saúde. E, no capítulo dois, tratará da alta hospitalar segura, focalizando no atendimento, trabalho do assistente e encaminhamento humanizado, cuidados durante e pós-alta no desenvolvimento do trabalho multidisciplinar.

CAPÍTULO 1 - CONCEITO E HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social nasce em um momento que o modo de produção capitalista define a sociedade, no contexto da Revolução Industrial (século XIX), há a emergência da questão social embasada na sociedade de classes, sociedade essa fundada na compra e venda da força de trabalho, através das relações sociais que se mantinham pela posse privada de bens. A burguesia gerava então um conjunto de leis que proporcionavam a criação de condições para a acumulação de capital. Neste contexto, os trabalhadores representavam a classe da resistência, como um impasse, ameaça à burguesia. Sobretudo, a questão social fruto do seio capitalista é definida em lamamoto (1999, p. 27) como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura [...]”, referenciando a propriedade privada de bens que são produzidos coletivamente.

A questão social, então, se expressava sob duas faces de acordo com Martinelli (1989), a primeira sob o ponto de vista político representada pelo avanço do movimento dos trabalhadores e, a segunda, com viés social, sendo representada pela acumulação da pobreza e generalização da miséria. No contexto citado é que a gênese do Serviço Social está enraizada, “a origem do Serviço Social como profissão tem a marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis que a ele estão subjacentes – alienação, contradição, antagonismo -, [...]” (MARTINELLI, 1989, p. 57). Dessa forma, fetichizado misticamente como uma prática a serviço da classe trabalhadora, o Serviço Social, constituía-se como um importante instrumento da burguesia, que tratou de imediato de consolidar uma identidade atribuída – o da ilusão de servir e os destinatários de sua prática na ilusão de que eram servidos (MARTINELLI, 1989).

Surgiam assim no cenário histórico os primeiros assistentes sociais, como agentes executores da prática da assistência social, atividade que se profissionalizou sob a denominação de “Serviço Social”, acentuando seu caráter de prática de prestação de serviços (MARTINELLI, 1989, p. 57).

José Filho (2002, p. 56 apud PIANA, 2009, p. 85) irá dizer que,

O Serviço Social atua na área das relações sociais, mas sua especificidade deve ser buscada nos objetivos profissionais tendo estes que serem adequadamente formulados guardando estreita relação com objeto. Essa formulação dos objetivos garante-nos, em parte, a especificidade de uma profissão. Em consequência, um corpo de conhecimentos teóricos, método de investigação e intervenção, e, um sistema de valores e concepções ideológicas conformariam a especificidade e integridade de uma profissão. O Serviço Social é uma prática, um processo de atuação que se alimenta por

uma teoria e volta à prática para transformá-la, um contínuo ir e vir iniciado na prática dos homens face aos desafios de sua realidade.

O comportamento do burguês, sobretudo, na sociedade construída sob moldes capitalistas revela-se de duas formas, na primeira com a utilização da “repressão aberta como forma mais eficaz de apoio aos mecanismos econômicos de dominação” (CARVALHO, 1980, p. 46), e “no reverso se verifica a existência de práticas assistenciais” (CARVALHO, 1980, p. 46). Tem-se o apoio do Estado à repressão e ações caridosas e assistencialistas.

A questão social, como matéria de trabalho, não esgota as reflexões. Sem sombra de dúvidas, ela serve para pensar os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais, em uma perspectiva conservadora, eram “executores terminais de políticas sociais”, emanadas do Estado ou das instituições privadas que os emprega (Netto, 1992, p. 71 apud PIANA, 2009, p. 86).

Com o início da década de 1960, o mundo passava por transformações sociais, políticas e econômicas, enfrentava diversos movimentos contestatórios e contra os atos e restrições da Ditadura Militar. Nesse processo que se dá a gestação do Movimento de Reconceituação do Serviço Social, que “representou a tomada de consciência política e crítica dos assistentes sociais em toda a América Latina, no Brasil as condições políticas em que ele ocorreu trouxe elementos muito diversos dos traçados em outros países” (PIANA, 2009, p. 95).

Esse Movimento reflete as contradições e confrontos das lutas sociais onde embatem tendências de conciliação e de reforma com outras de transformação da ordem vigente no bojo do processo revolucionário e ainda com outras que visam apenas modernizar e minimizar a dominação (SILVA, 1995, p. 71).

O Brasil dos anos 60, encontrava-se em uma conjuntura de crise e de dependência político-econômica em relação ao imperialismo norte-americano, com o agravamento das desigualdades sociais e das questões sociais em face da dinâmica da acumulação capitalista, as pressões sociais e demandas dos setores populares irão aumentar significativamente (SILVA, 1995). Diante de intensas questões e contradições que estavam postas, os assistentes sociais vão repensar seu exercício profissional positivista, buscando questionar seu papel na sociedade e “levar a profissão a romper com a ideologia que se submetera” (PIANA, 2009, p. 96). Em uma tentativa de direcionar as ações profissionais ao contexto latino-americano com propostas condizentes com a realidade vigente, é imposto “aos assistentes sociais a necessidade de ruptura com o caráter conservador que deu origem à profissão” (SILVA, 1995, p. 72).

Suas expectativas e desejos voltavam-se para a busca da identidade profissional do Serviço Social e sua legitimação no mundo capitalista. Para tanto, uma nova proposta teórico-ideológica deveria alicerçar o ensino da profissão, originando uma prática não assistencialista, mas transformadora, comprometida com as classes populares (PIANA, 2009, p.96).

A história do Serviço Social, então, como um processo que articula conservação e renovação passa a ser embasada pelo referencial teórico-metodológico de Karl Marx, o materialismo histórico-dialético. “É no marco desse movimento que o Serviço Social, abertamente, apropria-se da tradição marxista e o pensamento de raiz marxiana deixou de ser estranho no universo profissional”(NETTO, 2001, p.148 apud PIANA, 2009, p. 96). A década de 60, apresenta-se, então, como desencadeadora da crítica ao Serviço Social tradicional e contribuinte no que tange à construção da alternativa crítica de orientação marxista, direcionando a atuação dos assistentes sociais aos interesses das classes exploradas e trabalhadoras “em efetivo compromisso com a necessidade histórica de emancipação dessas classes” (LOPES, 2016, p. 238).

Assim, como afirma José Filho (2002, p.57 apud PIANA, 2009, p. 97), que o Serviço Social,

no decorrer das últimas décadas, evoluiu no processo de pensar-se a si mesmo e à sociedade, produzindo novas concepções e autorrepresentações como “técnica social”, “ação social modernizante e posteriormente “processo político transformador”.

Rompendo com a orientação do pensamento conservador e sua tradição teórica, em relação ao Brasil no contexto geral da época e, juntamente, com o exercício de repensar a prática assistencial será elencado ao Serviço Social “não mais aceitar do exterior, passiva e servilmente, a marca da própria personalidade” (LOPES, 2016, p. 242). Atualmente põe ênfase nas problematizações da cidadania, das políticas sociais em geral e, particularmente, na assistência social.

A tendência modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura, foram as três vertentes que se fizeram presentes no processo de renovação do Serviço Social no Brasil de acordo com Netto (2001, p.151-64 apud PIANA, 2009)e instauraram o pluralismo profissional. A vertente modernizadora, hegemônica até os anos 70, visava a modernização do Serviço Social através da revisão, de maneira integrante e desenvolvimentista, de métodos e técnicas para adequar-se às novas exigências postas pelo contexto (PIANA, 2009), enquanto a frente de reatualização do conservadorismo, a partir da fenomenologia, buscava

desenvolver processos diferenciados para a ação profissional focados no caráter psicologizante das relações sociais (idem). Sobretudo, a terceira vertente – marxista, com sua intenção de ruptura com o tradicionalismo até então vigente, nos anos 80

[...] remeteu a profissão à consciência de sua inserção na sociedade de classes, gerou um inconformismo tanto em relação à fundamentação teórica quanto à prática, fazendo emergir momentos de debates e questionamentos que se estendem não exclusivamente ao que ocorre dentro da profissão, mas principalmente sobre as mudanças políticas, econômicas, culturais e sociais que a sociedade da época enfrentava, consequência do desenvolvimento do capitalismo mundial que impôs à América Latina seu modelo de dominação, da exploração e da exclusão (PIANA, 2009, p. 97-98).

Mas, o Assistente Social no Brasil começou a ser reconhecido como profissional da Saúde de nível superior, somente a partir de 06 de junho de 1990 com um parecer elaborado pelo CFESS - Conselho Federal de Serviço Social, ANAS - Associação Nacional de Assistentes Sociais e pela antiga ABESS — Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social.

Diz o parecer:

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção. Bem como das causalidades das formas de adoecer intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional de Saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção. Prestado e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria- fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão. Buscando a garantia de prestação de serviços de saúde. Numa perspectiva de universalidade e integralidade à população (CFESS; ANAS; ABESS, 1990 apud DANTAS, 2019, p. 5).

Somente em 06 de março de 1997, através do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNS° 218, o Assistente Social foi reconhecido como profissional de saúde de nível superior, juntamente com outras categorias. Sendo reafirmada esta decisão em 29 de março de 1999, pela presidente do CFESS - Valdete de Barros Martins, na Resolução do CFESS N° 383/99. Depois desta longa trajetória, o Assistente Social conquista seu lugar como profissional da saúde e encontra nos hospitais públicos sua maior oportunidade de atuação (DANTAS, 2019).

1.1 A Política Pública de Saúde: SUS

A Organização Mundial de Saúde – OMS define a saúde hoje como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social”, aumentando o alcance do termo ao inserir aspectos sociais e aceitando o conceito de felicidade que cada um pode dar ao

termo completo “bem-estar”, ressaltando as diferentes necessidades do ser humano (RABELO, 1995, p.5). Dejours (1986) contribui com a concepção de saúde ao assimilar que a saúde para cada homem, mulher ou criança, significa ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social – de maneira a regular as variações do organismo, lidando com o desejo de cada um na organização de sua vida e interferindo individual e coletivamente nas estruturas do trabalho. Diante disso, tais concepções de saúde mostram-se intrínsecas aos métodos de promoção de saúde com relação ao meio no qual o indivíduo vive e se reproduz, assim como as formas de uso do território e os determinantes de saúde.

No entanto, dentro do organismo social observa-se que o sistema capitalista gera políticas desiguais, dessa forma há certa resistência na efetivação de uma política de saúde igualitária e universalista, que dê assistência integral à população brasileira. Em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foram discutidos os rumos da saúde no país. As pautas em debate na conferência foram: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”, sendo aprovada a bandeira da Reforma Sanitária (MATOS, 2009, p. 45 apud COSTA, 2017, p. 3). Com o relatório desta conferência servindo de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal houve o surgimento de parâmetros fundamentais como a participação, equidade, descentralização, integralidade e universalização, visando a ampliação dos direitos sociais, como a saúde.

A Constituição Brasileira definirá então a saúde como um “direito de todos e dever do Estado e que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas” (Art.6º CF/1988). E define todos os direitos sociais: “São direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (ART. 196º CF/1988).

A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080/1990 (Brasil, 1990) em seu artigo 4, define a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

As diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são inegociáveis. Os princípios de universalidade, preservação da autonomia, igualdade, integralidade e resolutividade, devem estar em sintonia com os princípios de

territorialização, intersetorialidade, descentralização, hierarquização entre outros. (COSTA, 2017, p. 3)

Em acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal estão alinhados os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. O princípio da universalidade define que todas as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde como direito de cidadania, o princípio da preservação da autonomia das pessoas visa a integridade física e/ou moral das mesmas, a igualdade da assistência médica enquanto princípio explicita que tal assistência deve proceder sem preconceitos ou privilégios, buscando a equidade, afirmando que todo cidadão é igual perante a lei e dentro do SUS, devendo ser atendido conforme sua necessidade, já o conjunto articulado de ações e serviços que buscam atender o indivíduo em sua integralidade humana e com necessidades de promoção e recuperação rege o princípio da integralidade e, por fim, a resolutividade baseada no princípio de que quando o indivíduo busca atendimento ou quando surge algum impacto coletivo da saúde, o serviço correspondente deve estar capacitado para resolver o atendimento com eficácia e eficiência (Art. 7º Lei 8.080/90).

No setor saúde, os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Dessa forma, os serviços do SUS devem ser organizados e hierarquizados para um maior conhecimento dos problemas de saúde da população – sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional, pautadas pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, devem assegurar a efetivação dos princípios e das diretrizes do SUS definidos pela Constituição Federal de 1988, a fim de organizar as estruturas gerenciais do sistema de modo a enfrentar as desigualdades e iniquidades sociais em saúde (SANTOS, 1987) e de “favorecer ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, além de ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade que podem ser primários, secundários ou terciários” (VOLPATO, 2009 apud COSTA, 2017, p. 3).

1.1.1 A Política de Saúde e o Assistente Social

Sobre a intervenção dos profissionais de Serviço Social no âmbito da saúde, o documento *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010)* apresenta

orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde. (CFESS, 2010, p.11-12 apud CFESS, 2012, p. 14).

De maneira a nortear a atuação profissional na saúde o documento ainda considera que “os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p.39 apud CFESS, 2012, p. 14). Profissional de nível superior situado no processo de reprodução das relações sociais, o assistente social atua então no planejamento, gestão e execução de políticas, serviços e programas sociais visando a ampliação do acesso aos direitos sociais e políticas públicas, através da

[...] leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores de estratégias políticas e técnicas para a modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE, 2014, p. 33 apud CUNHA, 2018, p. 10).

O assistente social, com sua prática fundamentada pela questão social,

visa o embate de suas expressões que repercutem nos diversos níveis de complexidade de saúde e “estão vinculadas a fatores condicionantes e determinantes da saúde, como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais (...)” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º). Sendo assim, a atuação do Assistente Social perpassa por questões de democratização do acesso aos serviços de saúde, atendimento integral e interdisciplinar ao usuário e fomento de sua participação popular e controle social nas políticas de saúde, indo de encontro a uma perspectiva totalizante,

em que as determinações sociais, econômicas e culturais da realidade da população e dos sujeitos atendidos sejam consideradas (CFESS, 2010 apud CUNHA, 2018, p. 11).

Atuante na realidade social e sob as múltiplas expressões da questão social, o assistente social possui sua própria inserção na divisão técnica e social do trabalho, por ser uma profissão de intervenção, suas práticas devem considerar o contexto de ação em sua maior amplitude no que tange às formas de enfrentamento das situações de violação de direitos que afetam os setores subalternos e as condições de vida da população ao todo – tendo como finalidade a emancipação social. Sobretudo, na área da saúde a vida é trabalhada “em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento, passando pela infância, juventude, vida adulta, processo de envelhecimento, até a finitude” (MARTINELLI, 2011, p. 499), dessa forma, é requerido que se tenha ações objetivas mas embasadas em políticas humanizadas. Com destaque no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, a temática da Humanização ganha amplitude e legitimidade. Um exemplo, em 2001, foi a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a cultura de um atendimento humanizado na área da saúde (COSTA, 2017).

A Política Nacional de Humanização - PNH é uma resposta do Ministério da Saúde para as constantes e inúmeras denúncias de mau atendimento e filas desumanas. Entre as prioridades da PNH podemos destacar a redução de filas, ampliação do acesso, o atendimento integral, acolhedor, resolutivo com base em critérios de risco, os usuários conhecerem os profissionais e a rede de serviços, a educação permanente para os trabalhadores e a participação dos usuários e trabalhadores na gestão (COSTA, 2017, p. 4).

É de conhecimento geral que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (Art. 196), a problemática está então centralizada no esforço de efetivar e reconhecer que os usuários da saúde são sujeitos de direitos dentro do contexto de cidadania e democracia, por isso que o Serviço Social – no âmbito supracitado deve garantir e mobilizar-se em direção à “assistência integral à saúde da população atendida” (MARTINELLI, 2011, p. 500). E, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que viabiliza o direito à saúde, o assistente social teve seus espaços de atuação e intervenção maximizados com as políticas públicas no direcionamento dos direitos sociais.

Mas, tais esforços somente podem “ser alcançados por meio de práticas multidisciplinares, pautadas em um horizonte ético de humanização e de respeito

à vida” (MARTINELLI, 2011, p. 500). Martinelli irá dizer que isso só se dará através de uma “intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético-Político do Serviço Social” (idem). Ao falar do processo saúde-doença, é imprescindível considerar que tal processo está intimamente ligado à camada social, dessa forma, “um profissional comprometido com o seu Projeto ético-político considera todos os aspectos da vida do sujeito como condicionantes e/ou determinantes para o adoecimento e agravo da saúde” (DANTAS, 2019, p. 12) considerando “o direito à saúde em conformidade com o projeto da Reforma Sanitária, numa perspectiva de defesa intransigente dos princípios do SUS” (Idem).

A ação profissional do assistente social se dá no planejamento e na execução de políticas específicas, viabilizadas na prestação de serviços à população. O assistente social trabalha com um objetivo maior nas questões socioeducativas, visualizando o ser humano dentro de seu contexto individual e coletivo, por meio do desenvolvimento de ações que viabilizam o atendimento globalizado de saúde ao usuário da instituição. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2008 apud DANTAS, 2019, p. 12).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) insere a proteção social no campo do direito e como elemento fundante da cidadania. Em conjunto com os princípios universalizantes do SUS, caminhando em direção à construção da democracia na sociedade, na perspectiva da saúde como direito em uma luta pela vida e em consonância com as necessidades sociais. Sob esse viés, é que as diretrizes políticas e o compromisso ético-político dos assistentes sociais devem resultar, por exemplo, na “consolidação dos direitos de cidadania dos usuários do hospital, de seus familiares e dos próprios trabalhadores da saúde” (MARTINELLI, 2011, p. 503). Tendo em vista que quando se fala em prática multisetorial é sob a perspectiva de defesa do aprofundamento do Sistema Único de Saúde, através da formulação de estratégias que possam reforçar ou de fato efetivar o direito à saúde, elencando o projeto ético-político em articulação com o projeto da reforma sanitária.

Os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar junto com outros trabalhadores esta política. Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (CASATI; CORREIA, 2005 p. 77 apud COSTA, 2017, p. 4).

Por outro lado, um dos maiores desafios que se coloca aos assistentes sociais é traduzir o Projeto Ético-Político em uma realização efetiva no âmbito das condições

em que se realiza o trabalho do assistente social, a Lei funciona como um mecanismo que articula princípios ético-políticos e procedimentos técnico-operacionais, sobretudo, a realidade apresenta enorme resistência à efetividade das respostas concretas às demandas sociais colocadas pela Lei, na prática, em sua totalidade tais respostas não são garantidas por conta da lógica do mercado capitalista. A dinâmica das relações sociais e a reorganização do Estado segundo preceitos liberais resulta na perda de direitos e conquistas sociais históricas – dessa forma, como alternativa, é necessário avançar na consolidação e implementação do projeto profissional inscrevendo seus princípios no cotidiano do trabalho do assistente social pois “é na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação” (MARTINELLI, 1995 apud MARTINELLI, 2011, p. 503), cabendo, igualmente, ao assistente social “debater o significado da humanização com a equipe com o propósito de evitar visões distorcidas que levem a uma percepção romântica ou residual da atuação, focalizado somente na escuta e redução de tensão” (CFESS, 2009, p. 26 apud COSTA, 2017, p. 5).

Ao trabalhar nessa perspectiva do cuidado ético, da humanização da prática, estamos fazendo um uso consciente de conhecimentos, sentimentos, valores, na busca da qualidade do atendimento de nossos atos profissionais [...] lembrando-nos da importância de captar as diferenças sociais, as necessidades dos usuários, mas também as suas capacidades que podem ser desenvolvidas tanto no contexto hospitalar quanto em sua própria comunidade por meio das redes de apoio, o que é fundamental para sua proteção e autonomia (MARTINELLI, 2011, p. 503-504).

O assistente social é proprietário de sua força de trabalho especializada. Ela é produto da formação universitária que o capacita a realizar um "trabalho complexo", nos termos de Marx. Essa mercadoria, força de trabalho, é uma potência, que só se transforma em atividade — em trabalho, quando aliada aos meios necessários à sua realização, grande parte dos quais se encontra monopolizado pelos empregadores: recursos financeiros, materiais e humanos necessários à realização deste trabalho concreto, que supõe programas, projetos e atendimentos diretos previstos pelas políticas institucionais (IAMAMOTO, 2007, p. 421).

Nesse processo histórico, Iamamoto (2007) acrescenta que o trabalho do Serviço Social possui a chancela da "sanção social e institucional", produzindo efeitos diversos como porta-voz das políticas públicas, atestando uma possível "polivalência" ou intervenção profissionalizada dentro dos aparelhos de Estado (p. 275).

Segundo Sodré (2010), toda política social é apenas um fragmento das políticas públicas. Não se tem o esgotamento das questões sociais por meio da ação dos profissionais que atuam e executam as políticas sociais, mesmo porque não é de interesse da ordem econômica e social vigente que isso de fato se concretize. As instituições empregadoras dos assistentes sociais dependem de uma prévia fragmentação das políticas definidas pelos organismos empregadores que estabelecem as prioridades das políticas públicas como um todo. Atuar na questão social por meio das políticas sociais representa apenas uma parte da ação de um todo que o compromisso profissional do Serviço Social quer extinguir: as múltiplas expressões da questão social.

Assim como em todas as outras políticas sociais, a saúde tem vivenciado algumas tendências no seu diálogo com o Estado para a formação de novas agendas para a política pública. Os movimentos sociais atuais, como por exemplo, no Fórum Social Mundial da Saúde, demonstram que as novas lutas trazem muito mais que reivindicações por leitos em hospitais ou "humanização" da atenção. As agendas formadas dentro desses movimentos apontam para um debate que começa a pautar um novo modelo de seguridade social ampliado, mundial. Ou, em outros aspectos, trazem como debate a quebra de patentes de medicamentos monopolizados nas mãos de laboratórios internacionais.

Ao assistente social que atua no campo da saúde torna-se importante trazer à tona que talvez a saúde seja uma das políticas sociais que manifestam uma diversidade enorme de demandas e necessidades da vida humana. Não é possível realizar ações padronizadas em políticas públicas que atuam diretamente sobre a vida.

Tomar a análise de Yamamoto (2007) significa repensar as ferramentas de trabalho, seu objeto, mas principalmente repensar o próprio trabalho do assistente social como potência, constituinte — um trabalho que trará à tona manifestações da questão social que se conectam na sua dimensão micro e macro política na rotina de atuação desse profissional.

CAPÍTULO 2 - O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE HOSPITALAR

Através das reformas ocorridas no contexto da saúde, as relações sociais e as práticas profissionais vieram se modificando progressivamente. Analisando a inserção do Serviço Social na área da saúde brasileira, identifica-se que o Assistente Social já atuava no campo da saúde há mais de meio século (BRAVO, 1996).

No cenário mundial, sabe-se que o Assistente Social atua na área da saúde desde o início do século XX. Estes profissionais trabalhavam com as equipes de saúde no tratamento e profilaxia dos inúmeros e frequentes casos de tuberculose. Foi, porém em 1905 que o Dr. Richard Cabot criou o primeiro Serviço Social Médico de que se tem notícia, inserindo-o na estrutura organizacional do Hospital Geral de Massachussets.

Reconhecendo na ação do Serviço Social valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento médico-social dos pacientes ambulatoriais ou internados, o Dr. Cabot considerou-o indispensável nas equipes de saúde. Sua tese ganhou muitos adeptos, e vários hospitais, iniciando-o pelo de Boston, passaram a demandar a presença do profissional de Serviço Social.

O processo de trabalho dos assistentes sociais, inicialmente neste setor impôs a estes profissionais operar para a manutenção das modalidades de intervenção (BRAVO, 1996).

A assistência à saúde correspondia a ações preventivas de atenção individual de caráter médico-previdenciário, que conseqüentemente racionalizava a prática profissional do Assistente Social no eixo teórico-metodológico do assistencialismo, impossibilitando que os profissionais respondessem aos desafios colocados pela realidade.

Em contrapartida, o Serviço Social enquanto profissão histórica também passou por modificações em sua prática ganhando novos contornos, sendo que o movimento de reconceituação da profissão, apresenta-se como fator propulsor destes desdobramentos. O Assistente Social foi reconhecido como profissional da área da saúde e nas últimas décadas foram fortemente requisitados para prestarem serviços a hospitais, unidades de saúde, sistemas públicos estaduais e municipais, contando também com sua presença em entidades de representação ligadas diretamente ao setor da saúde como Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e

os Conselhos Municipais de Saúde, bem como nos organismos de representação dos interesses dos segmentos sociais envolvidos com a prestação e o consumo de serviços de saúde.

De acordo com Souza (1995, p. 58 apud RAIMUNDO, 2003, p. 30):

A inserção do Serviço Social no setor da saúde tem evidenciado o que a sua intervenção expressa na prática profissional dos Assistentes Sociais, tem-se tornado necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis. As demandas que se colocam à profissão neste setor vem exigindo dos profissionais conhecimentos específicos relativos à saúde e possibilitando tanto a ampliação da área de intervenção como espaço para a reflexão da prática.

O processo de trabalho do Serviço Social, apresenta como ponto fundamental no contexto da profissão a dimensão educativa, pois através de ações de informação e orientação em conjunto, as gestões participativas devem ser incentivadas contribuindo para a construção de novos sujeitos sociais, como citado anteriormente.

A intersetorialidade pode ser considerada, com base em Junqueira (1997), um processo de aprendizagem, no qual os profissionais atuam em conjunto, de maneira integrada para buscar responder com mais eficácia os problemas apresentados pelos usuários e aqueles percebidos pelos próprios profissionais. Esse processo deve envolver respeito e compartilhamento de experiências e conhecimentos (DANTAS, 2019, p. 8).

Para intervir, o assistente social "precisa estar constantemente conectado a realidade, numa postura investigativa, criando e recriando possibilidades de enfrentamento da questão social e de superação das desigualdades sociais" (BARBIANI, 1998, p. 157 apud RAIMUNDO, 2003, p. 31).

A intervenção do assistente social em um contexto hospitalar realiza a leitura dos problemas contextualizando-os social e estruturalmente devido à capacidade analítica do profissional, sobretudo sendo necessário

[...] desvelar esta realidade de posicionamento uniprofissional, pois o serviço social passa a ser cobrado por uma resposta rápida e eficaz à problemática emergente em razão dos limites institucionais e diversas outras questões intrínsecas ao sucateamento das políticas públicas no contexto neoliberal [...] (CUNHA, 2018, p. 14).

Quando há serviços de internação, por exemplo, nos quais os pacientes permanecem no hospital durante algum tempo, o assistente social consegue desenvolver sua prática interventiva de maneira mais eficiente e eficaz, já que possui maior conhecimento sobre a situação do usuário. Já a integração do assistente social à equipe de cuidados, viabiliza o acolhimento, acompanhamento e o apoio psicossocial de todas as situações eventualmente observadas no período de internação. Tal intervenção mobiliza os recursos necessários ao bem estar do usuário

e de sua família tanto em seu retorno à comunidade, como também no desenvolvimento de competências nos mesmos, facilitando assim seu processo de adaptação.

No entanto, cabe ao assistente social entender qual deve ser sua contribuição para o atendimento multiprofissional, em uma linha de fortalecimento das condições de enfrentamento do problema para que a alta hospitalar qualificada possa ser efetivada, devendo em equipe, tomar ações profissionais que otimizem o processo e sejam eficientes (CUNHA, 2018), contribuindo para que a intervenção social hospitalar consiga avaliar a situação dos usuários e suas famílias, através da comunicação e organização mútua e efetiva com os serviços da comunidade, visando garantir uma alta hospitalar segura e eficaz.

2.10 Trabalho Profissional em Saúde e a Ética Profissional

O Assistente Social tem o compromisso de orientar-se pelo Código de Ética e pela Lei de Regulamentação da profissão (Lei 8.662/93), respeitando e executando as atribuições e competências nos ambientes de trabalho na saúde. Segundo o Código de Ética da profissão (2011, p.26) em seu artigo 2º dispõe que são direitos dos assistentes sociais:

- a) Garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios formados neste Código;
- b) Livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) Participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f) Aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g) Pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h) Ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos e funções;
- i) Liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

No que se refere aos deveres desses profissionais, o artigo 3º do Código de Ética do Serviço Social (2011, p.27) estabelece:

- a) Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor;
- b) Utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;

c) Abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;

O Projeto Ético-Político profissional do Serviço Social cotidiano do trabalho do assistente social, contrapõe-se “à difusão dos valores liberais que geram desesperanças, conformismo e encobrem a apreensão da dimensão coletiva das situações sociais presentes na vida dos indivíduos e grupos” (COSTA, 2017, p. 6) e está materializado em dimensões diferentes da profissão como “nos seus instrumentos legais, nas expressões e manifestações coletivas da categoria, nas articulações com outras entidades de Serviço Social, no trabalho desenvolvido nos diferentes espaços sócio-ocupacionais e no ensino universitário” (idem). Os projetos profissionais são indissociáveis dos projetos societários que lhes oferecem matrizes e valores, expressando um processo de lutas pela hegemonia entre as forças sociais presentes na sociedade e na profissão configurando estruturas dinâmicas. Por tais razões, é necessário avançar na consolidação e implementação do projeto ético-político profissional, inscrevendo seus princípios no cotidiano do trabalho do assistente social.

Pensar o projeto profissional supõe articular essa dupla dimensão: de um lado, as condições macrosociais que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e, de outro lado, as respostas técnico-profissionais e ético-políticas dos agentes profissionais nesse contexto, que traduzem como esses limites e possibilidades são analisados, apropriados e projetados pelos assistentes sociais (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2012, p. 40).

Para Camargo (2011, p. 35 apud COSTA, 2017, p. 6) o movimento pela efetivação do direito social à saúde deve ocorrer articulado às demais categorias profissionais, tendo em vista a interdisciplinaridade e a integralidade das ações. Precisa estar comprometido com a defesa da Reforma Sanitária como modelo de atenção e proposta político-democrática orientadora do processo de trabalho em saúde. Além disso, visar a afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de organização da política pública de saúde, de responsabilidade estatal, caráter universal e abrangência intersetorial. O assistente social tem o compromisso ético-político com a população e precisa ter uma análise das condições concretas para concretizar programas e projetos às necessidades dos usuários.

No que se refere à dimensão de regulamentação legal, ganha concretude nas reformulações do Código de Ética Profissional de 1993, reafirmando o compromisso ético-político profissional com a classe trabalhadora; na Lei de Regulamentação da Profissão de 1993, que orienta sobre área e matéria de Serviço Social, suas competências e atribuições privativas; e nas Diretrizes

Curriculares de 1996 que compõem a proposta básica para o projeto de formação profissional (MENDES, 2004, p. 117 apud COSTA, 2017, p. 6).

Conforme o CFESS (2009, p. 31-32) para desenvolver uma ação multidisciplinar no trabalho em equipe na área da saúde o assistente social deve:

- a) Esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais através da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- b) Elaborar junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário tais como a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- c) Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isto exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- d) Criar junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar no sentido de, desde a entrada do usuário/família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;
- e) Realizar em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente, esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (DPVAT) bem como informações sobre sepultamento gratuito, traslado (relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos; e participação em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: no planejamento familiar, na saúde da família, na saúde da mulher, da criança e do idoso, na saúde do trabalhador, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras), e nas situações de violência sexual e doméstica;
- f) Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- g) Sensibilizar o usuário e/ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- h) Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta da entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;
- i) Realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados às autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis.

No âmbito de atribuições privativas e competências profissionais exclusivamente dos assistentes sociais na política de saúde, encontram-se as possibilidades de atuação profissional, como

Coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social. 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. Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social. Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social. Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da Seguridade Social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação. Fortalecer os 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. Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação (VIDAL; GUILHERME, 2019, p. 18-19).

“[...] 1974-1979, o serviço social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções da profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento geral da sociedade” (BRAVO, 2009, p.22 apud COSTA, 2017, p. 6), a década de 1990 marcada pela intenção de ruptura, destaca a maioria intelectual do Serviço Social (idem).

Segundo Bravo (2009, p.35-39 apud COSTA, 2017, p. 6) o serviço social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional - contínua como categoria, desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão.

[...] os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não conseguem transformá-lo em prática concreta. Assim, estes profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não do Projeto Ético-Político da profissão (COSTA, 2017, p. 6).

Apesar da ruptura com o conservadorismo, os profissionais ainda apresentam dificuldades em sua identidade profissional no trabalho em saúde e em encontrar respostas na vertente marxista diante das demandas apresentadas – “é um problema historicamente vivenciado pela categoria, mas que está em constante avanço devido às lutas e persistência profissional para apagar marcas conservadoras” (DANTAS, 2019, p. 8), considerando também que a intervenção social em contexto hospitalar é dotada de valores, técnicas e práticas transversais em diferentes áreas de atuação. Por tais motivos, ainda há muitos desafios quanto à atuação dos assistentes sociais nos espaços hospitalares já que existem conflitos sobre o que é de interesse da instituição e direitos da população, contribuindo para a resistência de efetivar o que

está previsto nas atribuições da categoria. O assistente social, por “[...] ser um trabalhador assalariado, condiciona sua relativa autonomia ao poder de quem o emprega e às condições externas na condução de seu trabalho, assim como também limita a implementação de seu projeto profissional [...]” (VIDAL & GUILHERME, 2019, p. 21). Portanto, é necessário haver uma articulação do Serviço Social com os objetivos das instituições, considerando que o que se configura como prioridade do trabalho do assistente social são as demandas e necessidades dos usuários, em consonância com “[...] o seu objeto de trabalho – a questão social – além da intencionalidade do trabalho que particulariza a sua intervenção, ou seja, lhe atribui identidade profissional” (idem). Por isso a necessidade de embasamento teórico-metodológico dos assistentes sociais para serem desconstruídas tais marcas. É também o compromisso ético-político fazer avançar na construção e compartilhamento de conhecimentos assim como a sistematização das ações profissionais (MARTINELLI, 2011).

Se queremos qualificar a intervenção, temos de fortalecer a produção teórica do conhecimento em Serviço Social, pela mediação da pesquisa, condição indispensável para subsidiar a construção de saberes comprometidos com a qualidade do exercício profissional (MARTINELLI, 2011, p. 503).

Portanto, na área da saúde, o eixo central do trabalho do assistente social deve ser “a busca criativa e incessante da incorporação de conhecimentos, articulados aos princípios do projeto de Reforma Sanitária e pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social” (BRAVO, 2009 apud COSTA, 2017, p. 7).

O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários ao serviço e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientações previdenciárias (idem).

A “espécie humana só é humana na medida em que se efetiva em sociedade” (SEVERINO, 1995, p. 48 apud MARTINELLI, 2011, p. 499), no âmbito da saúde Martinelli irá afirmar que “este é um verdadeiro imperativo, não somente por força da política de humanização, mas sobretudo porque esta é uma área em que pulsam valores humanos candentes e onde trabalhamos com a vida em suas múltiplas manifestações” (MARTINELLI, 2011, p. 499), ou seja, a partir do nascimento, passando pela infância, adolescência, chegando à vida adulta, e alcançando o envelhecimento. Por isso a importância de no trato direito com os usuários,

demonstrar afeto e cuidado através de gestos humanizados, uma escuta atenta, uma palavra qualificada.

Este é o compromisso que nos cabe assumir e que somente pode ser alcançado por meio de práticas interdisciplinares, pautadas em um horizonte ético de humanização e de respeito à vida. Isto exige um contínuo processo de construção de conhecimentos, pela via da pesquisa e da intervenção profissional competente, vigorosa e crítica, alicerçada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético-Político do Serviço Social (MARTINELLI, 2011, p. 500).

Na perspectiva de assistência integral à saúde da população atendida é necessário consolidar a ética em suas variadas dimensões (CHAUI, 2000 apud MARTINELLI, 2011, p. 501), a ética dos cuidados, a ética da proteção social e a ética militante. Os assistentes sociais concretamente apoiados nos princípios e diretrizes que regem a profissão e norteiam o Serviço Social na área da saúde estão buscando a garantia “dos direitos de cidadania dos usuários do hospital, de seus familiares e dos próprios trabalhadores da saúde” (idem, p. 503).

2.2 A Relação do Paciente Internado com o Assistente Social

De acordo com Beuter (1996, p. 34):

O hospital devia ser um centro irradiador de saúde e como tal promover, manter e recuperar a saúde das pessoas, dos grupos e da comunidade. Deveria ser um objetivo do hospital levar a humanizado, oferecendo condições que propiciem um ambiente mais familiar, mais humano e mais natural, sem que os enfermos precisem abdicar de sua identidade para ser apenas mais um número.

Afirma Pitta (1991, p. 65 apud RAIMUNDO, 2003, p. 36) que "o hospital é um espaço mítico que deve conter e administrar os problemas emocionais provocados pelo doente e sua doença e toda a rede de relações sociais que a eles se vinculam". Considera ainda que sentimentos como depressão e ansiedade presentes nos doentes e familiares são naturalmente projetados no hospital, através de seus elementos de mediação, ou seja, os profissionais da saúde.

A doença representa um capítulo à parte na vida do indivíduo, da família ou daqueles que, inevitavelmente, necessitarão lidar com esta nova condição.

As pessoas, no hospital, ficam expostas a um ambiente estranho e impessoal, onde o relacionamento dos profissionais de saúde com elas caracteriza-se pela distância, formalidade, informações rápidas e a utilização de terminologias técnico-científicas (BEUTER, 1996, p. 16).

O sofrimento, a emoção e a dor dos familiares, expostos através do desespero e do choro, muitas vezes influenciam negativamente o trabalho dos profissionais da

área, que nem sempre possuem subsídios emocionais o suficiente para lidar com situações críticas dos pacientes internados, familiares e seus próprios sentimentos, pois o ensino é prático e tecnicista, dessa forma, lidar com os sentimentos e conflitos internos alheios requer uma atenção e cuidado ainda mais humanizados no trato das internações e em casos de transtornos decorrentes.

A maior dificuldade no relacionamento com os pacientes encontra-se no comportamento do próprio profissional. Classificando-o em dois grupos: os provenientes de sua própria pessoa, como preocupações, problemas pessoais, estado de humor, caráter, interesses, tendência de domínio e poder. Os segundos são oriundos do despreparo, da ausência de aquisição de conhecimento e de treino do estudante para a abordagem psicológica do paciente (SARANO, 1978). Nota-se em hospitais, principalmente em internações, que ocorre também a situação oposta onde o paciente sente medo em falar com os profissionais e também medo do que eles possam falar.

Trentini (1992, p. 76 apud RAIMUNDO, 2003, p. 36-37) afirma que “o diagnóstico médico é recebido pelo paciente com grande ansiedade, medo, incerteza, insegurança, pois os planos do futuro estão, quase sempre, ameaçados a não acontecer”, o que pode não acontecer quando família e paciente passam a conviver e incorporar esta nova situação no seu processo de viver. Nestes casos, a família se adequa a este processo de doença, organizando-se no dia-a-dia no sentido de atender as necessidades do paciente e, ao mesmo tempo, de continuar vivendo dentro do novo contexto.

Segundo a Cartilha dos Direitos dos Pacientes (2000):

a) O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, - sua condição cultural, sobre as ações diagnosticadas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.

b) O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações.

c) Cabe a instituição e aos profissionais da saúde principalmente o Assistente Social, ter a percepção de verificar se a família e o paciente têm condições de entender toda essa burocracia que envolve uma internação, e para saber colher informações sobre o paciente internado.

Na sua intervenção, os assistentes sociais possuem competências específicas e conhecimentos que lhes permitem adequar suas ações profissionais junto dos usuários em seus contextos, reconhecendo suas condições sociais, necessidades e demandas em enquadramento com a relação tríade do hospital-família-instituição, devendo haver confiança mútua entre usuário e assistente social. No que tange aos conhecimentos profissionais, conhecer o diagnóstico clínico, implica estar familiarizado com o caminho percorrido e o respectivo tratamento de forma a permitir a participação plena de todos os envolvidos no decorrer da intervenção, questão essencial que se coloca como forma de garantia para a concretização dos Direitos Humanos.

2.3 Planejamento da Alta Hospitalar

O tempo de hospitalização é composto de três momentos, a admissão, a estadia e a alta. O planejamento da alta hospitalar implica processos realizados pela equipe multidisciplinar que acompanha o paciente durante o período de internamento visando assegurar a continuidade de prestação de cuidados aos usuários no pós-alta. Todo este processo constitui uma cadeia de influência, uma vez que a forma de admissão vai determinar o desenvolvimento da estadia, e ambos os momentos mencionados vão influenciar todos os procedimentos inerentes ao planejamento da alta.

Todo o processo de alta hospitalar deve ser realizado pela equipe médica quando se percebe que o paciente está recuperado, a equipe assina a documentação para saída e desocupação dos leitos hospitalares, “[...] esse processo é tensionado pela superlotação da unidade de internação e pela administração do hospital para liberação dos leitos assim que o paciente apresente sinais de recuperação (biológica)” (SEIBERT et al., 2019, p. 272).

A concepção ampliada de saúde precisa servir de base para as atuações no âmbito da alta social, neste processo de liberação e saída do hospital, entendendo que “[...] o sistema de saúde precisa estar alinhado à perspectiva da escuta,

entendimento e contextualização da vida do usuário, de modo a conduzir o cuidado mais adequado a sua vida e assim buscar superar o binômio adoecimento e cura” (SEIBERT et al., 2019, p. 273).

A alta social é um procedimento técnico-profissional desenvolvido pelo Assistente Social com o apoio e suporte da equipe multiprofissional e das redes de serviços públicos e comunitários. Pressupõe, portanto, uma ruptura com o modo de intervenção profissional pautado na supervalorização da doença (estritamente biológica), que tem como base o modelo biomédico. Para tanto, torna-se crucial o resgate da proposta do conceito ampliado de saúde, que abarca a compreensão dos elementos que constituem o sujeito, e, portanto, percebem a saúde resultante de determinantes sociais, econômicos, culturais, étnico/ raciais, psicológicos e comportamentais (SEIBERT et al., 2019, p. 285).

A alta hospitalar, por vezes, pode representar também momentos de insegurança e instabilidade na medida em que alguns desafios são postos como “[...] lidar com limitações, incapacidades ou mesmo tratamentos longos advindos do processo de adoecimento” (idem, p. 274), portanto é necessário que haja um processo multidisciplinar capaz de analisar e observar quais as condições de recuperação existentes ao paciente fora do hospital, identificar quais serão as eventuais necessidades de cuidados pós-hospitalares, avaliar e aconselhar o usuário e sua família no sentido de viabilizar o desenvolvimento e coordenação dos recursos que serão necessários para assegurar a continuidade dos cuidados na comunidade da pessoa atendida. Tais fatores contribuem para considerar

se os usuários dispõem de rede de suporte sociofamiliar, se são dependentes para o autocuidado e para realizar as tarefas diárias, se dispõem de condições financeiras para arcar com os custos de um cuidador ou instituição para cuidados. Também há que se considerar se os familiares da pessoa adoecida necessitam se afastar do trabalho para efetuar os cuidados do mesmo, fato que pode interferir nas condições socioeconômicas da família (FLESCH; ARAUJO, 2014 apud SEIBERT et al., 2019, p. 274).

Considerar as condições supracitadas, contribui para a garantia e fortalecimento das práticas e de todo processo de alta hospitalar no sentido da efetivação do cuidado integral. Já que a intervenção social no planejamento desse procedimento implica a realização de um acompanhamento do paciente e sua família durante todo o processo de internamento pois a dinâmica familiar também é alterada no decorrer da doença e crises acabam acontecendo porque muitas famílias não conseguem assimilar as necessidades de quem está em internamento. Por isso, o foco não está centralizado somente no usuário, mas também em toda uma rede de apoio que irá direcionar a intervenção social num processo dinâmico articulando

competências profissionais às competências do usuário e sua família e/ou rede de apoio. Dessa forma, a atuação do assistente social neste âmbito como veremos a seguir não deve ponderar somente as necessidades do usuário sob uma perspectiva unilateral, deve também considerar as particularidades, capacidades e potencialidades de cada situação.

2.4 A Particularidade do Trabalho do Assistente Social Referente ao Protocolo de Alta Hospitalar Segura

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2009, p. 25),

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de dialogar com a equipe de saúde para esclarecer suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde em decorrência das pressões com relação a demanda e da fragmentação do trabalho ainda existente.

Estas dificuldades têm relação com as inserções e condições precárias de trabalho a que todos os profissionais de saúde estão submetidos. Mas esta dificuldade é ainda maior no âmbito da alta hospitalar. Dentro da concepção ampliada de saúde,

Os processos de trabalho desenvolvidos pelos assistentes sociais nas equipes de saúde, no âmbito hospitalar, têm um olhar alinhado como princípio da integralidade, percebendo o usuário como um sujeito histórico, social, familiar e político, focando não somente a cura, mas também na promoção, prevenção, reabilitação, adaptação e cuidados paliativos em saúde (COSTA, 2000 apud SEIBERT et al., 2019, p. 278).

A alta hospitalar ainda é uma questão que precisa ser refletida no sentido de reconhecimento da intervenção dos profissionais do Serviço Social, o assistente social deve acompanhar os usuários e/ou família para verificar se há demanda ou necessidade de intervenção do profissional no processo de alta. Tanto a alta médica quanto a alta social devem acontecer simultaneamente (CFESS, 2009). Sobre a alta social, entende-se que

A alta social, por sua vez, é um processo por meio do qual a liberação e a saída do hospital dependem da avaliação das necessidades biopsicossociais dos pacientes/usuários. Trata-se de uma iniciativa que vem sendo desenvolvida pelos Assistentes Sociais e expressa um processo de responsabilização não somente do médico, mas também da equipe multiprofissional pela saúde do usuário dentro e fora do ambiente hospitalar. A intervenção do Assistente Social é de esclarecimento, reflexão e orientação junto à equipe de saúde e ao usuário com relação às condições objetivas que incidem no processo de alta (SEIBERT et al., 2019, p. 273).

Neste contexto, o assistente social é responsável por fazer a interlocução entre usuário e equipe de saúde considerando os determinantes sociais¹ da saúde. Quando o paciente já estiver recebido a alta médica sem condições de alta social, a responsabilidade do profissional de Serviço Social é “[...] notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe” (CFESS, 2009, p. 25).

No âmbito hospitalar, é muito importante tangenciar ações sob um olhar mais social do que somente biológico, neste sentido o modelo biomédico aparece fundamentando o conceito de saúde apenas como ausência de doença. Portanto, a alta hospitalar é dada a partir do momento em que a doença é combatida. No contrário, encontra-se a alta social, que ultrapassa essa simples noção de ausência de doença considerando o conceito ampliado de saúde, no qual o indivíduo passa a ser compreendido como ser social e histórico, atuante em uma determinada sociedade e/ou cultura, transcendendo a questão biológica e considerando processos de saúde e doença a partir das condições de vida, trabalho e convivência humana.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS (Portaria nº 3.390/2013), assegura em seu Artigo 6 como diretrizes as garantias relativas à universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar, bem como a continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção e a garantia de um modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário de forma multiprofissional. Demarcando que a alta hospitalar responsável transfere o cuidado, mediante orientação, esclarecimento e reflexão dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, impulsionando ou não o retorno para o domicílio considerando todos os pontos de atenção.

Em contrapartida, o trabalho do assistente social na alta social procura reconhecer através de debates e esclarecimentos entre equipe de saúde e paciente, quais são as condições objetivas que estimulam os usuários a tomarem essa decisão.

Já a alta a pedido, que por muitas vezes, é posta aos profissionais, deve considerar prioritariamente a autonomia do paciente em decidir pois “o usuário, na

¹Determinantes sociais da saúde são entendidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

condição de sujeito protagonista da sua história, deve ser autônomo para decidir sobre os rumos do tratamento de saúde a ser adotado e a que procedimentos deve ser submetido” (CFESS, 2009, p. 25). Cabe à equipe médica, coletivamente, refletir sobre os fatores que contribuem para este tipo de solicitação de alta, podendo ser a necessidade de sobrevivência, aspectos culturais e/ou religiosos, a desinformação quanto aos tratamentos e procedimentos ou ainda as demandas que se apresentam às pacientes mulheres como cuidar dos filhos, da casa, a não possibilidade de faltar no trabalho (CFESS, 2009). Portanto, há uma série de fatores que devem ser considerados sob esse contexto, mas entendendo que o usuário possui o direito de decidir sobre o seu tratamento, quais procedimentos adotar no que tange ao destino de sua saúde. A única particularidade que se coloca é que “[...] os médicos só podem se recusar a dar alta a pedido ao usuário no caso de iminente risco de vida, em caso contrário, deve ser respeitada a decisão do usuário” (idem, p. 26).

Portanto, o processo de alta hospitalar é uma responsabilidade dos médicos, porém, quando se trata do acompanhamento social do caso, fala-se em alta social.

Por meio da leitura das demandas e dos recursos da rede de suporte social do usuário, o Assistente Social analisa as potencialidades e as limitações de garantir o cuidado ao usuário no seu território, para que, desta forma, não somente o Serviço Social, mas toda a equipe multidisciplinar possa intervir de maneira adequada na realidade do usuário.

O Assistente Social é o profissional que procura conhecer o suporte social e familiar do usuário para entender sua historicidade e intervir de uma forma eficaz, garantindo o amparo necessário ao usuário de saúde que se encontra num momento de tratamento e recuperação. Compreender a composição e a dinâmica familiar, identificar possíveis conflitos, se existem e o porquê, mediar para o fortalecimento dos vínculos familiares, após a saída do hospital, faz parte da concepção de alta social, desenvolvida pelo Assistente Social. Esse profissional vê a família numa perspectiva de totalidade, considerando os seus contínuos processos de mudanças, tanto de ordem interna como externa, como o desemprego, por exemplo (SEIBERT et al., 2019, p. 285).

Iamamoto (2012, p. 53) contribui dizendo que o trabalho a partir das múltiplas expressões da questão social “permite ampliar as possibilidades de atuação e atribuir dignidade ao trabalho do assistente social, porque ele não trabalha com fragmentos da vida social, mas com indivíduos sociais que condensam a vida social”, amparado nessa perspectiva o Assistente Social irá carregar em sua atuação a construção “[...] de respostas para a garantia de direitos, que muitas vezes, envolvem situações

emergenciais e requisitam condições materiais básicas para o tratamento e a reabilitação da saúde dos sujeitos” (SEIBERT et al., 2019, p. 278) e, no contrário, haverá a explicitação das necessidades sociais.

[...] a principal preocupação do assistente social é fazer coincidir a alta clínica hospitalar com a alta social, para que tenha tempo e condições de oferecer as respostas necessárias à garantia da continuidade do cuidado ao usuário, mediante a análise particularizada da realidade de cada usuário, e procurando soluções quando essa convergência não é possível, ou seja, quando o usuário recebe alta clínica hospitalar, mas não tem reunidas as condições sociais para a reintegração na família e na comunidade (CARVALHO, 2014; GUADALUPE, 2009; SACARRÃO, 2013 apud SEIBERT, 2019, p. 280).

Com isso, são muitos desafios que se apresentam à categoria ainda em um assunto com bastante defasagem de produção e discussão como a alta hospitalar, e naquilo que tange à falta de identidade profissional do assistente social frente aos espaços de atuação. Por isso, torna-se essencial a colaboração da equipe médica e dos profissionais por meio do trabalho em equipe multiprofissional que permite organizar e planejar a alta de forma que o Assistente Social consiga melhor articular a rede de serviços através do atendimento humanizado e da ética dos cuidados com os pacientes atendidos. Por vezes, tais demandas não são levadas em consideração quando do planejamento da alta hospitalar, dessa forma é relegado ao Serviço Social a tarefa de propor soluções rápidas e eficazes que possibilitem o retorno do sujeito ao seu cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse da autora em pesquisar a atuação do serviço social no protocolo de alta hospitalar segura surgiu a partir da vivência no Estágio e no trabalho dentro do hospital, partindo justamente da perspectiva de que ainda existem muitas dificuldades e um caminho a ser percorrido na efetivação da identidade profissional do assistente social. Sobretudo, o Serviço Social vem conquistando espaço no interesse de implementação da alta hospitalar segura seguindo os princípios do atendimento humanizado.

Os processos descritos neste trabalho de conclusão de curso, mostram o quanto o assistente social é fundamental para a estratégia e planejamento de uma alta hospitalar/ alta social segura e, deve possuir divisões específicas dentro do quadro multidisciplinar de profissionais apresentado neste projeto e, de cada vertente que o paciente pode apresentar ou precisar.

É importante, primordialmente, reconhecer a importância da Constituição Federal de 1988, na compreensão da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, devendo ser garantida através de um conjunto de políticas públicas, que é o Sistema Único de Saúde (SUS) – que estabelece a concepção ampliada de saúde em articulação com os princípios de universalidade, integralidade e equidade – mudanças que são fruto do movimento de Reforma Sanitária.

A preocupação que o assistente social deve demonstrar baseado em seu conselho de ética e obrigações legais com os pacientes e até mesmo com seus familiares, impacta diretamente na devolutiva destes pacientes à sociedade, de maneira estruturada, principalmente, tratando-se de internações longas, promovendo um sentimento de gratidão muitas vezes entre paciente e assistente social que conseqüentemente surte positivamente, construindo relações entre profissional e usuário que vão além somente do olhar biomédico.

A alta social está articulada com um olhar mais abrangente proporcionado pelos fundamentos teórico-metodológicos da área de Serviço Social para explicar e intervir na realidade a partir do desvelamento das expressões da questão social, baseado nos determinantes sociais, econômicos e culturais da saúde, considerando as demandas e necessidades referentes ao processo de saúde e doença, na perspectiva de consolidação do entendimento da alta social como uma ferramenta de proteção e

atenção integral aos usuários, amparada no SUS, e no conceito ampliado de cidadania embasada no Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Diante de todo o contexto que permeia a atuação deste profissional na alta hospitalar segura e mediante suas responsabilidades baseadas na política de saúde, foi possível identificar mediante esta vivência de estudos a importância do constante aprimoramento dos conhecimentos da área e da investigação da própria prática, uma vez que a teoria levada em sala de aula é a chave para isto.

No contexto atual, de sucateamento e desmantelamento de políticas públicas de saúde e programas sociais, torna-se ainda mais necessário construir subterfúgios de atuação profissional que materializem as práticas dos assistentes sociais no trabalho em conjunto com a equipe de saúde. Assim como, construir uma relação com os pacientes de cuidado humanizado, no sentido de esclarecer, guiar e buscar alternativas e soluções respeitando a autonomia e liberdade do usuário. Objetivando oferecer maior concretude às respostas, legitimando e qualificando a intervenção tanto técnica quanto politicamente.

A alta social como procedimento profissional do Assistente Social articula uma diversidade de instrumentais como o acolhimento, a escuta sensível, a observação, as visitas domiciliares, a entrevista, os fluxos de procedimentos operacionais padrão (POP's), além de fichas de atendimento e relatórios. Esses instrumentais compõem um processo mais abrangente de investigação, planejamento, gestão e avaliação das ações, e supõe conhecimentos de vários aspectos da realidade social dos usuários, das instituições e das redes de suporte social, além das formas de acesso a direitos e encaminhamentos, entre outros. (SEIBERT et al., 2019, p. 286).

De várias formas a atuação do Assistente Social é desafiada na busca pela garantia do direito ao cuidado à saúde de qualidade através da alta social, dependendo de condições internas hospitalares, daí a importância neste momento de precarização de se discutir este tema, de maneira a vencer tantas barreiras que se constroem no dia-a-dia, rompendo com o conservadorismo e avançando nas articulações com os direitos e políticas públicas através da atuação e intervenção profissional da categoria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. D.O.U., Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> Acesso em: 05 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em: 05 fev. 2021

BEUTER, Magrid. **Atividade lúdica: uma contribuição para a assistência de enfermagem às mulheres portadoras de câncer**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

BRAVO, Inês S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo, Cortez: 1996.

CARVALHO, Raul de. **Modernos agentes da justiça e da caridade – notas sobre a origem do Serviço Social no Brasil**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, n° 2, São Paulo: Cortez, 1980, p. 43-69.

CARTILHA dos Direitos do Paciente. Assembleia Legislativa Estado de Santa Catarina. Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor. Florianópolis, 26 de junho de 2000.

CONSELHO Federal de Serviço Social. **Atribuições Privativas Do/a Assistente Social Em Questão**. 1 ed. [S.l.]. CFESS, 2012. 78 p. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>> Acesso em: 13 set. 2020.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. Resolução CFESS n° 273, de 13 de março de 1993 com alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n° 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. 9. ed.

Brasília: CFESS, 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf> Acesso em: 5 fev. 2021.

_____. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: 2009.

COSTA, Danielle Lima. **A Política Nacional de Saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar.** Conteúdo Jurídico, 2017. Disponível em: <http://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/49874/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar>> Acesso em: 15 fev. 2021.

CUNHA, Aline Andrade. **O Serviço Social e a Alta Hospitalar Qualificada: um relato de experiência.** Universidade Federal de Uberlândia, 2018.

DANTAS, C. C. R. **Os Processos de Trabalho e as Atribuições do Assistente Social Na Saúde.** Universidade Federal do Maranhão, 2019. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissa_old_681_6815cca624768cb9.pdf> Acesso em: 11 fev. 2021.

DEJOURS, C. **Por um novo conceito de saúde,** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 14(54):p. 7-11, 1986.

GEROLIN, F. S. F. **A Assistência como Essência da Trajetória do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.** 1. ed. Rio de Janeiro. Atheneu, 2017.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2007

LOPES, Josefa Batista. **50 Anos do Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina: a construção da alternativa crítica e a resistência contra o atual avanço do conservadorismo.** R. Pol. Públ., São Luís, v. 20, n. 1, p. 237-252, jan./jun. 2016.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: Identidade e Alienação.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **O Trabalho do Assistente Social em Contextos Hospitalares: desafios cotidianos.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 497-508, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12 fev. 2021.

PIANA, M. C. Serviço Social na contemporaneidade: demandas e respostas. In: _____. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional.** São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. Disponível

em: <<http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-04.pdf>> Acesso em: 11 fev. 2021.

RABELO, Paulo Antônio. **Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualityrime, 1995.

RAIMUNDO, Fabricia. **Serviço Social na Área de Internação Hospitalar**: A relação do profissional com o paciente internado e seu acompanhante. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

SANTOS, Milton. O espaço do cidadão. In: _____. **Território e Cidadania**. 4ª ed. São Paulo: Nobel, 1987.

SARANO, I. O. **O relacionamento com o doente**: dificuldades e perspectivas entre terapeutas e clientes. São Paulo: EPU, 1978.

SEIBERT, D.; MANGINI, F.; KOCOUREK, S. **Alta Social como Dispositivo de Proteção Integral na Saúde**: Contribuições do Serviço Social. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 53, p. 272-290, jan./jun. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.13716>> Acesso em: 26 fev. 2021.

SILVA, Maria Ozanira da. O Processo de Reconceituação do Serviço Social no Brasil: Emergência do Movimento de Ruptura. In: _____. **O Serviço Social e o Popular**: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. São Paulo: Editora Cortez, 1995, p. 71-74.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde**: para além de plantões e encaminhamentos. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 103, p. 453-475, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 05 fev. 2021.

VIDAL., M. F.; GUILHERME, R. C. **Serviço Social no âmbito hospitalar**: a identidade atribuída ao assistente social em Unidade de Pronto Socorro. Serv. Soc. & Saúde. Campinas, SP. v. 18. p. 1-28. 2019. Disponível em: <<10.20396/sss.v18i0.8654658>> Acesso em: 26 fev. 2021.