



UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

ARIEL LOUISE DO VALE LOUREIRO RIBEIRO DE SOUZA

DESOSPITALIZAÇÃO RESPONSÁVEL: a relevante atuação do Serviço Social na
equipe multidisciplinar.

RIO DE JANEIRO
2024

ARIEL LOUISE DO VALE LOUREIRO RIBEIRO DE SOUZA

DESOSPITALIZAÇÃO RESPONSÁVEL: a relevante atuação do Serviço Social na equipe multidisciplinar.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca do Curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora Dr^a Mossicléia Mendes da Silva

RIO DE JANEIRO
2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Filosofia e Ciências Humanas - CFCH
Escola de Serviço Social - ESS

**ATA- BANCA EXAMINADORA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Estudante (NOME COMPLETO): Ariel Louise do Vale Loureiro Ribeiro de Souza	DRE: 118143407
---	--------------------------

Título do TCC:
DESOSPITALIZAÇÃO RESPONSÁVEL: a relevante atuação do Serviço Social na equipe multidisciplinar.

Composição da banca

Presidente da banca/orientador(a):
Mossiclara Mendes da Silva

Assinatura:

Mossiclara Mendes da Silva

Membro da banca:
Marcelle dos Santos Cordon

Assinatura:

Marcelle dos Santos Cordon

Membro da banca:
Rodrigo Gomes Martins

Assinatura:

Rodrigo G. M. Martins

Parecer:

APROVADO*

APROVAÇÃO CONDICIONADA**

REPROVADO***

ESS ESCOLA DE
SERVIÇO SOCIAL
UFRJ

Av. Pasteur, nº 250 – Campus Praia Vermelha, Praia Vermelha -
Rio de Janeiro, RJ - CEP 22290-240 Telefone: (21) 3938-5380 5432/ www.ess.ufrj.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Filosofia e Ciências Humanas - CFCH
Escola de Serviço Social - ESS

Data de realização da banca

18 | 07 | 24

* RECOMENDA PUBLICAÇÃO NA BASE PANTHEON REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFRJ?

() SIM () NÃO

** Em caso de "aprovação condicionada", pontue as indicações da banca para o TCC, em parecer.

*** Em caso de "reprovação" pontue as indicações da banca para o TCC e indique uma nova data para a realização de nova banca, em parecer.

OBSERVAÇÕES

ESS ESCOLA DE
SERVIÇO SOCIAL
UFRJ

Av. Pasteur, nº 250 – Campus Praia Vermelha, Praia Vermelha -
Rio de Janeiro, RJ - CEP 22290-240 Telefone: (21) 3938-5380 5432/ www.ess.ufrj.br

À memória de Eloy Ribeiro de
Souza, que foi o responsável
pelo meu interesse no Serviço
Social.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, meu anjo da guarda, meus Orixás e a todas as entidades de luz que estão sempre comigo. Minha eterna gratidão também a minha avó, dona Conce, que sempre cuidou do meu filho para que eu pudesse ir às aulas. Meus pais, Alan e Fabiola, que aguentaram financeiramente esse tempo todo para evitar uma sobrecarga maior em mim. Meu pai que sempre ia no ponto me buscar tarde da noite. Minha mãe, que mesmo morando em outro bairro, esperava eu chegar para ir dormir. Agradeço a meu filho, Victor Hugo, que não sabe disso, mas ele é um dos motivos pelos quais eu não desisti da graduação. Agradeço ao meu ex-namorado Raphael, que sempre que minha avó tinha algum compromisso, dava um jeito de sair mais cedo ou trocar o dia do seu trabalho para cuidar do meu filho, mesmo não sendo o pai biológico. Agradeço também a minha tia Luciana que me deu carona até o Fundão para que eu pudesse fazer minha matrícula nesta instituição.

A trajetória até aqui foi longa, descobri o autismo e TDAH do meu filho durante a graduação, o que tornou tudo corrido, diversas idas a médicos, terapias e tendo que dar conta dos estudos ao mesmo tempo. Perdi pessoas próximas a mim, mas conheci pessoas maravilhosas também e uma delas foi minha amiga, Ana Clara, a qual pretendo levar para sempre comigo. No final, tudo valeu a pena, só agradecer a todos por terem me ajudado a chegar até aqui. Agradeço ao meu avô Eloy, que não está mais entre nós, mas que foi em uma das suas internações que conheci uma assistente social e me interessei pela profissão.

Gratidão à Universidade Federal do Rio de Janeiro, mais especificamente, a Escola de Serviço Social, ao meu supervisor Rodrigo, que me aturou por dois anos fazendo várias perguntas e sempre respondeu com muita paciência; as assistentes sociais com quem pude conviver e que me ensinaram bastante também, Taiane e Soraia. Agradeço também, principalmente, a minha orientadora Prof. Dr^a. Mossicléia Mendes, que aturou todos os meus surtos de ansiedade e não desistiu de mim, sempre foi solícita quando precisei.

Gostaria de agradecer também a uma pessoa que eu pouco valorizei esse tempo todo, a mim mesma. Agradeço a mim, por não ter desistido de quem eu sou e nem da minha graduação. A trajetória não acaba aqui, longe disso, ela continua!

RESUMO

SOUZA, Ariel Louise do Vale Loureiro Ribeiro de. **DESOSPITALIZAÇÃO RESPONSÁVEL: a relevante atuação do Serviço Social na equipe multidisciplinar.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2024.

O presente estudo propôs demonstrar a importância da desospitalização planejada pela equipe multiprofissional, com ênfase na atuação do Serviço Social em um Hospital Universitário. Muitos usuários acabam não tendo alta e outros acabam retornando pouco tempo após a alta, devido, sobretudo, à ausência dos recursos necessários, como: financeiro, auxílio familiar, insumos, terapias específicas, equipamentos de tratamento, entre outros. Com base na experiência de estágio obrigatório, foi observado fragilidades no processo de comunicação das equipes, o que acaba interferindo na alta; Ademais, outras profissões, mormente os médicos, tratam os usuários como “casos sociais”, transferindo a responsabilidade apenas para o Serviço Social. Nessa direção, os processos reproduzem a lógica mediante a qual o Estado acaba transferindo a responsabilidade do cuidado para as famílias, não levando em consideração a totalidade de cada usuário. O estudo foi feito com base em leituras e pesquisas sobre os princípios do Sistema Único de Saúde; trabalho multiprofissional; as tendências familistas e as expressões da questão social. Em relação à metodologia, trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, assentado na sistematização da experiência de estágio. O trabalho teve como resultado a necessidade de criarem novas políticas que atendam todos os usuários em processo de desospitalização, principalmente aqueles que têm seu cotidiano mais impactado pelas expressões da questão social; a relevância do Serviço Social durante esse processo e a necessidade de reforçar em todos os cursos que abrangem o campo da saúde a importância do trabalho multiprofissional.

Palavras-chave: Desospitalização; Sistema Único de Saúde; Hospital Universitário; Trabalho Multiprofissional;

ABSTRACT

SOUZA, Ariel Louise do Vale Loureiro Ribeiro de. **Responsible Dehospitalization - The Significant Role of Social Work in the Multidisciplinary Team.** Course Completion Work in Social Work. Faculty of Social Service, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The present study aimed to demonstrate the importance of planned discharge by the multidisciplinary team, with a focus on the role of Social Work in a University Hospital. Many users end up not being discharged, while others return shortly after discharge due primarily to the lack of necessary resources such as financial support, family assistance, supplies, specific therapies, treatment equipment, among others. Based on the mandatory internship experience, weaknesses were observed in the communication process among teams, which ultimately affects discharge. Furthermore, other professions, particularly doctors, treat users as "social cases," transferring responsibility solely to Social Work. In this context, processes replicate a logic where the State ends up shifting care responsibility onto families, without considering the entirety of each user. The study drew from readings and research on the principles of the Unified Health System, multidisciplinary work, familist trends, and social issue expressions. Regarding methodology, it was a qualitative research based on the systematization of internship experience. The work concluded with the necessity to create new policies that cater to all users in the discharge process, especially those most affected by social issues; underscored the relevance of Social Work in this process, and highlighted the need to reinforce, across all health-related courses, the importance of multidisciplinary teamwork.

Keywords: Dehospitalization; Unified Health System; University Hospital; Multidisciplinary team;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AVS	Avaliação Social
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF 88	Constituição Federal de 1988
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DETRAN	Departamento Estadual de Trânsito
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAS	Fundo de Assistência Social
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde

MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MRS	Movimentação da Reforma Sanitária
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Padrão
NOB SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNS	Política Nacional de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RJU	Regime Jurídico Único
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UNE	União dos Estudantes

Sumário

Introdução	12
1 A Política de Saúde no Brasil: o SUS entre o projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista	15
1.1 A construção sócio-histórica do direito à saúde no Brasil.....	15
1.2 A Constituição Federal de 1988 e a universalização da saúde.....	20
1.3 O SUS em disputa: projeto da Reforma Sanitária versus Projeto Privatista.....	25
2 A política de desospitalização no Brasil: limites e potencialidades para o Serviço Social	31
2.1 Política de desospitalização no Brasil: retomando seus principais aspectos.....	31
2.2 A inserção do Serviço Social em contextos hospitalares.....	37
2.3 Limites e potencialidades para o Serviço Social no processo de desospitalização considerando as tendências familistas para as políticas sociais.....	41
3 O trabalho multiprofissional no processo de desospitalização: pensando a particularidade do Serviço Social em um Hospital Universitário	45
3.1 Assistente Social: atuação profissional e trabalho multiprofissional em um Hospital Universitário.....	45
3.2 - Importância do trabalho multiprofissional no processo de Desospitalização....	50
3.3 Limites e potencialidades do Serviço Social no processo de desospitalização em um Hospital Universitário.....	53
Considerações finais	63
Referências bibliográficas	66

Introdução

A presente pesquisa traz a análise da importância do trabalho multiprofissional no processo de desospitalização, com ênfase na atuação de assistentes sociais a partir da experiência de estágio em um Hospital Universitário. A desospitalização tem sido um tema cada vez mais discutido no âmbito da saúde pública, visando à redução do tempo de internação dos usuários e proporcionando um cuidado mais próximo à família.

A Organização Mundial da Saúde estabelece que a alta hospitalar é a liberação do usuário de um hospital ou centro de cuidados, referindo-se a data de sua saída ou a condição que possibilita sua saída, envolvendo as diversas formas pelas quais o usuário pode sair, seja por alta médica, desejo do próprio usuário ou seu falecimento. A internação permite que o usuário se estabilize, tratando da doença ou condição clínica que ele apresenta. Esse processo tem sido agilizado devido ao desenvolvimento tecnológico e dos campos da medicina, assim como à melhora nos cuidados de saúde e à busca pela redução de gastos.

O interesse por essa temática surgiu a partir da realização de estágio obrigatório em Serviço Social, realizado em um Hospital Universitário. Nos 4 níveis de estágio foi observado certa aceleração no processo de desospitalização, que está entre as causas do retorno de alguns usuários ao hospital, pois a desospitalização é mais que estar liberado clinicamente naquele momento, lembrando também dos casos de internação de longa permanência, que são profundamente determinados por expressões da questão social. Isso causa prejuízo para o usuário pois o mantém afastado de seus familiares, de sua comunidade e ainda o expõe a riscos que poderiam ser evitados, aumentando as chances de agravamento da saúde.

Portanto, o presente Trabalho de Conclusão de Curso reflete sobre a importância da atuação de profissionais do Serviço Social no processo de desospitalização junto a equipe multiprofissional. Entre outros fatores, tal processo é fundamental, pois durante a internação é necessário compreender determinantes socioeconômicos do processo cuidado fora da unidade hospitalar, como: saber se o usuário possui renda para os remédios que terá necessidade de tomar em casa; se a família poderá dar o suporte necessário; se ele tem condições de mudar o espaço físico de sua casa se for necessário; se a Clínica da Família do território desse

usuário consegue prestar os serviços que são de extrema importância; se a equipe médica, junto com psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas explicaram tudo sobre os cuidados que serão necessários a partir do momento que o usuário não estiver mais internado; se a equipe conversou com os assistentes sociais para saber sobre a renda e convivência familiar para traçarem o melhor pro usuário.

Em relação à metodologia, a pesquisa trabalhou com revisões bibliográficas sobre o tema da desospitalização no contexto da profissão, compreendendo as principais teorias e debates que circundam essa discussão; identifica os principais dilemas e implicações éticas da desospitalização no trabalho do assistente social, levando em conta as dimensões individual, familiar e comunitária e aponta estratégias e intervenções do assistente social que possam colaborar para uma desospitalização mais segura, efetiva e inclusiva, buscando contribuir com a melhoria na qualidade de vida e promover o bem-estar dos usuários. Nesse sentido, recorreremos a textos de autores do Serviço Social e áreas afins, bem como anotações particulares feitas em Seminários.

Do ponto de vista dos procedimentos metodológicos, trabalhamos com a sistematização da experiência de estágio, o que nos levou a partir da observação participante, recorrer a anotações do Diário de Campo, e utilização de alguns trabalhos de Orientação e Treinamento Profissional.

Sendo assim, o Capítulo 1 aborda: “A Política de Saúde no Brasil: o SUS entre o projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista”, resgatando a historicidade da saúde desde 1500 até os dias atuais, trazendo as mudanças durante o governo Vargas, as transformações no contexto da Ditadura Civil-Militar, as Conferências Nacionais de Saúde e como elas impactaram para que a saúde se tornasse um direito previsto na Constituição Federal de 1988. Abordamos, ainda, a concretização do Sistema Único de Saúde, os programas e projetos que foram surgindo a partir dele e como o neoliberalismo vem atacando o SUS, promovendo sua precarização, desmonte e privatização por dentro, a partir das criações das Organizações da Sociedade Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público; Capítulo 2: “A política de desospitalização no Brasil: limites e potencialidades para o Serviço Social”, resgata que a política de desospitalização surgiu junto com a criação do SUS, na década de 1980, mas só começou a ser destacada com a ampliação dos serviços de cuidado domiciliar. Aborda a Política Nacional de Humanização e seus princípios, a importância da desospitalização ocorrer de

maneira correta. Analisa como o Serviço Social se inseriu nos hospitais, explicando suas ações nos diferentes setores desse tipo de instituição, como na porta de entrada, ambulatório, unidades de internações e outros. Trata dos limites do trabalho dos assistentes sociais, mostrando a responsabilidade que o Estado e o capitalismo põe em cima das famílias, que muitas vezes não possuem estrutura para dar o suporte necessário ao usuário; e o Capítulo 3: “O trabalho multiprofissional no processo de desospitalização: pensando a particularidade do Serviço Social em um Hospital Universitário”. Esse capítulo é mais voltado às observações durante o período de estágio. Reflete sobre a importância do Serviço Social na equipe multiprofissional, aborda a atuação das assistentes sociais em um Hospital Universitário, reflete como é importante o trabalho multiprofissional durante o processo de desospitalização, destacando alguns instrumentos utilizados na instituição na tentativa de desospitalizar de maneira correta. Utilizamos, nessa parte do TCC, casos onde problematizamos limites e potencialidades no processo em questão. Por fim, traz a reflexão que não depende só da instituição para que a desospitalização ocorra de modo eficaz, mas, também, de dispositivos externos.

1. A Política de Saúde no Brasil: o SUS entre o projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista

1.1 A construção sócio-histórica do direito à saúde no Brasil

Pensar a construção sócio-histórica do direito à saúde no Brasil é de suma importância, já que as mudanças ocorrem desde os séculos passados. Desde o período colonial até os dias atuais, várias transformações influenciaram a forma como a saúde é concebida e praticada no país.

Até 1500, os nativos já padeciam de enfermidades e recorriam à utilização de plantas medicinais e práticas rituais para sua cura. Porém, após a chegada dos colonizadores portugueses ao território, as doenças agravaram-se entre os indígenas. Indivíduos desfavorecidos e destituídos, como os povos escravizados e a população em geral, que vivia na pobreza, eram os primeiros a enfrentar condições de saúde precárias, enquanto os colonos e nobres desfrutavam do acesso aos serviços médicos. A maioria das pessoas contavam com o Hospital da Santa Casa da Misericórdia, fundado por instituições religiosas (a Igreja), como opção. Apesar disso, os tratamentos oferecidos não eram de grande suporte. Após a independência do Brasil, D. Pedro I transformou escolas em faculdades e criou órgãos responsáveis por fiscalizar a higiene, o que resultou na execução de funções para os estudantes de medicina.

No ano de 1889, com o início da República Velha, surgiu a expectativa de evolução no campo da saúde. Esse momento se deu após o fim da escravidão e o desenvolvimento do setor industrial, o que levou à presença significativa de imigrantes atuando nas lavouras e nas fábricas. Contudo, é importante destacar que os ambientes de trabalho eram insalubres, o que conseqüentemente provocou o adoecimento dos trabalhadores.

No período de 1900 a 1920, ocorreram importantes medidas de “reforma sanitária” visando uma população mais saudável para obter maior desenvolvimento do país, no âmbito de um movimento conservador que foi denominado higienismo. O higienismo surgiu na sociedade europeia no século XIX e logo depois chegou ao Brasil. Os médicos higienistas tinham o propósito de reduzir as epidemias da época e moldar as pessoas com ideais elitistas, segundo o qual a adoção de determinados hábitos de vida e higiene melhoraria a vida das pessoas e em sociedade. Assim, no discurso higienista também se incluía a sugestão de leituras e filmes como forma de

modificar o comportamento das pessoas, afastando hábitos que eram considerados pela elite desordem no caráter físico e moral.

Em meados do século XIX e início do século XX, chegava no Brasil, mediante reapropriações e reinterpretações, um novo ideal, a exemplo da cultura grega, com a preocupação central na saúde. Suas propostas residiam na defesa da Saúde Pública, na Educação, e no ensino de novos hábitos. Convencionou-se chamá-lo de “movimento higienista” (Soares, 1990) ou “movimento sanitaria” (Hochman, 1998). Este movimento tem uma idéia central que é a de valorizar a população como um bem, como capital, como recurso talvez principal da Nação (Rabinbach, 1992). (JUNIOR, 2007, p.5)

No entanto, a perspectiva higienista passaria a assumir, posteriormente, um caráter extremamente conservador e disciplinador dos corpos e da população trabalhadora, implicando padrões de exclusão, asilamento, manicominização e extermínio. A Medicina Higienista assumia como funções o controle das doenças, a obrigatoriedade da vacinação e a vigilância sanitária. Em 1920, a Medicina Higienista passou a incentivar campanhas educacionais sobre saúde e higiene. Durante esse período, houve revoltas populares contra Oswaldo Cruz, que conseguiu persuadir o Estado a pôr em prática a obrigatoriedade da vacina. Apesar de Oswaldo Cruz pensar na saúde, o Estado se concentrava no fato de que uma população com hábitos saudáveis e higiênica conseguiriam manter as indústrias minimamente funcionais, já que teriam aprendido boas maneiras e seriam trabalhadores mais produtivos, uma vez que não ficariam tão doentes, fazendo com a classe trabalhadora não fosse um obstáculo ao desenvolvimento da indústria face à propagação e epidemias.

A partir da promulgação da Lei Eloy Chaves em 1923, foi consolidado um sistema securitário do qual futuramente vai se constituir a previdência social, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). As caixas tinham como objetivo assegurar a proteção financeira para quando o indivíduo se tornasse idoso e para a eventualidade de enfermidades:

O seguro social surgiu no Brasil em 1923 com a promulgação, pelo Presidente Artur Bernardes, da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves. Com esta lei ficou instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. (FINKELMAN, 2002, p. 237)

No ano de 1930, ocorreram mudanças significativas na política brasileira, visto que Getúlio Vargas deu um golpe de Estado e assumiu o poder. Com isso, a

época foi marcada por uma reorganização do papel do Estado, a emergência das políticas sociais e participação ativa do Estado na área da Saúde. Devido à pressão dos trabalhadores, Getúlio Vargas optou por expandir o sistema previdenciário para incluir outras categorias profissionais, substituindo as CAPs por Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. (FINKELMAN, 2002, p. 237).

No entanto, apesar da intenção de beneficiar os trabalhadores, uma parte considerável dos recursos destinados às IAPs era direcionada para financiar a indústria, tendo como consequência o atendimento precário. Segundo, Bravo:

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2001, p. 4)

O modelo de previdência da época se preocupava mais com a parte financeira do que com a prestação de serviços aos trabalhadores:

Para Oliveira e Teixeira (1986:61-65), o modelo de previdência que norteou os anos 30 a 45 no Brasil foi de **orientação contencionista**, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930). (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 61-65, apud BRAVO, 2001, p. 5)

No governo de Vargas, houve um movimento por parte da classe operária em relação a assuntos políticos. Essa pressão teve como consequência a criação do Ministério do Trabalho. Dois anos depois, foi criada a Carteira de Trabalho, que passou a ser vista como um passaporte para os direitos e como uma forma dos indivíduos serem considerados "cidadãos". A população restante ficava sujeita ao que existia no setor público e em instituições filantrópicas. Essa segregação se dava devido ao fato de que apenas trabalhadores de carteira assinada estarem segurados por contribuírem para a previdência da época, enquanto os trabalhadores rurais, autônomos, eram considerados trabalhadores informais e, portanto, inexistentes para esse sistema protetivo.

Em função desta vinculação, Wanderley Guilherme dos Santos (1981) cunhou o termo *cidadania regulada*, pois o exercício da cidadania acontecia via regulamentação das profissões.

O aumento da cobertura do sistema viria por meio da inclusão de categorias profissionais marginalizadas, como a dos autônomos, domésticos e rurais, que começaram a ocorrer no final da década de 1960, começo da década de 1970 (...). (RANGEL, PASINATO, SILVEIRA, LOPEZ, MENDONÇA, 2009, p.43-44).

A Política Nacional de Saúde (PNS), que foi esboçada desde 1930, teve sua consolidação ocorrida no período de 1945 a 1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a Segunda Guerra Mundial, estabelecendo acordos com órgãos americanos e tendo patrocínio da Fundação Rockefeller. Em 1949, foi estabelecido o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), antes disso, nunca existiu um serviço desse no setor público, apenas no privado. Depois que o mandato de Vargas encerrou em 1945, ocorreram várias alternâncias de presidentes, mas no que diz respeito à saúde, o único acontecimento com relevância foi a implementação do Ministério da Saúde em 1953.

Em 1964, com o golpe militar, os militares se preocuparam com a segurança e o desenvolvimento econômico do país, mas negligenciaram a saúde pública e persistiram na ideia de reforçar a privatização, conforme ocorria na Era Vargas. Dessa forma, os militares colaboraram para o crescimento da medicina previdenciária e para a precarização da saúde pública, e como resultado ocorreu o aumento de algumas doenças e da mortalidade infantil. No ano de 1966, foi instituído o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), com a finalidade de unir os órgãos previdenciários que estavam atuando desde 1930, visando "aperfeiçoar" o atendimento médico.

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. (BRAVO, 2001, p. 6).

Na década de 1970, o Fundo de Assistência Social (FAS), composto por recursos das loterias esportivas, direcionava uma parte do capital para a área da

saúde, mesmo diante do milagre econômico. Contudo, a verba destinada à saúde correspondia a apenas 1% do total da União.

A equação é simples: os militares criaram na Caixa Econômica Federal uma coisa que se chamava Fundo de Apoio à Assistência Social, o FAS. E esse dinheiro foi financiar a construção de hospitais. E tinha o Inamps, que era para pagar a assistência médica. Então o dinheiro público, pelo FAS, financiava a construção de hospital e o dinheiro público, pelo Inamps, contratava os hospitais que iam ser construídos para prestar serviço para a Previdência. Isso foi, realmente, uma coisa monumental. (SANTOS, 2018, p.3).

A atenção primária era concebida como uma responsabilidade dos municípios, enquanto os casos mais complexos eram de responsabilidade dos governos estaduais e federais. O setor privado ficou com a responsabilidade pelo atendimento individual. Como mencionado anteriormente, houve uma piora nos serviços de atendimento público, fazendo com que privatização se fortalecesse tanto na área da saúde quanto na educação.

No ano de 1974, com o Regime Militar mostrando sinais de desgaste como: o chamado “milagre econômico” tendo diminuição na sua eficácia, apresentando aumento da dívida externa, elevação da taxa inflacionária e crise econômica, ocorreu o aumento do desemprego e a expansão da pobreza na classe trabalhadora. Esses fatores motivaram os movimentos de revolta da população, enfraquecendo o regime. Em 1975 aconteceu a V Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi o Sistema Nacional de Saúde. Já em 1977, foi realizada a VI Conferência Nacional de Saúde, que discutiu a implementação da Política Nacional de Saúde. Em 1978, com o auxílio da CNS, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que incluiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Ainda que viesse acontecendo a mobilização de alguns movimentos sociais, as reformas no setor da saúde não possuíam a participação ativa dos trabalhadores.

A partir do início dos anos 1970, no período da redemocratização, as críticas aos serviços de saúde orientados numa perspectiva médico-cêntrica, curativo e previdenciário suscitaram bandeiras de luta para a construção de um sistema de saúde, com as seguintes bandeiras: saúde direito de todos, sistema público estatal e hierarquizado, descentralizado, integralidade da assistência e participação da comunidade. Nesta conjuntura os representantes do pensamento crítico em saúde começam a se articular com a sociedade que estava construindo seus movimentos

reivindicativos e denunciando a falência do sistema previdenciário. O Movimento Sanitário começa a elaborar suas bases teóricas no interior das faculdades de medicina preventiva de São Paulo e relativamente articulado com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Participaram algumas universidades, alguns partidos políticos e o movimento sindical, basicamente de médicos. Ainda, serviram de base os movimentos sociais em saúde (compostos basicamente pelo movimento popular em saúde e o movimento médico). (HELENA, PASSOS, COSTA, KRÜGER, 2013, p. 2-3).

A década de 1980 foi um período em que a sociedade vivenciou o retorno da democratização política, e a importância da saúde começou a ser politicamente reconhecida, estabelecendo uma proximidade com a democracia. Com a participação dos atores da saúde, houve discussões sobre um novo modelo de cuidados de saúde, resultando na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, no Brasil. Nessa conferência, foram sugeridas melhorias na área da saúde com base nos princípios dos direitos universais.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2001, p. 9).

Nessa conferência, foi produzido um relatório relevante que serviu de base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1987, foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um dispositivo no qual o governo passa a assumir a oferta de serviços médicos para toda população, independente da classe, priorizando os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

É possível observar que a construção sócio-histórica do direito à saúde só efetivamente se concretiza com a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) se torna uma realidade, em 1990, por meio da Lei nº 8080 - Lei Orgânica da Saúde. Isso ocorreu por mérito dos movimentos dos atores da saúde e dos movimentos da classe trabalhadora, onde ambos pressionavam por um sistema público de qualidade.

1.2 A Constituição Federal de 1988 e a universalização da saúde

A universalização da saúde tornou-se possível no país no período seguinte à redemocratização. Durante a década de 1980, uma grave crise mundial impactou a economia brasileira, tanto em função das instabilidades financeiras e das dívidas que o país havia contraído durante a ditadura militar, quanto aos aspectos relativos ao mercado de produção. Para enfrentar essa situação foi necessário um intenso mecanismo de expansão do mercado internacional e sistemas de produção, desencadeando uma considerável perda de autonomia dos Estados Nacionais (BRAGA, 2007). A concentração da riqueza nas mãos de um pequeno grupo e o crescimento da pobreza, principalmente entre os migrantes da zona rural para as áreas urbanas, foram consequências desse período, o que aumentou a desigualdade social no país. À medida que o regime militar ficava enfraquecido, as disputas de classes foram se acentuando e a massa trabalhadora lutava com maior determinação por um projeto de sociedade que envolvesse participação política e justiça social. Diversos movimentos progressistas, como o Partido dos Trabalhadores (PT) e a União Nacional dos Estudantes (UNE), entre outros, tinham o objetivo de ocupar posições no aparelho governamental como método para promover mudanças na sociedade. Deste modo, vários intelectuais associados a partidos de esquerda começaram a integrar comissões nas secretarias de saúde e outros órgãos públicos.

Naquela época, ainda numa perspectiva tradicional, a saúde era entendida como a falta de doenças, o que passou a provocar desconforto entre a população, mas, principalmente, foi objeto de contestação por profissionais, pesquisadores e militantes que atuavam no campo da saúde. Desse processo, entre outros elementos, resultou o surgimento da Movimentação da Reforma Sanitária (MRS), ainda no final dos anos 1970, tendo mais relevância nos anos 1980.

Na área da saúde, os anos 80 foram de intensa atuação do Movimento Sanitarista tanto no âmbito mais amplo da oposição ao regime ditatorial quanto na organização de um projeto de fortalecimento da democracia em todos os aspectos da sociedade - política, econômica, cultural -, em que a garantia de saúde da população brasileira deveria ser obrigação do Estado e direito de todos, independente da inserção formal no mercado de trabalho, profissão ou grupo social. (BRAGA, 2007, p.87).

Organizou-se um grupo formado por médicos e pelo sanitarista Sérgio Arouca que era filiado ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), que foi influenciado pelas reformas na área da saúde realizadas na Itália e, devido a isso, foram pejorativamente chamados de Partido Sanitário. Apesar do apelido depreciativo,

ficaram conhecidos assim. O grupo teve uma aproximação com o partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e obteve apoio teórico do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Em julho de 1976, um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo, com o objetivo principal de editar um periódico especializado, instituiu o Cebes.(...) Integrando o mesmo contexto, em setembro de 1979, criava-se a Abrasco como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.22).

As discussões eram realizadas nesses espaços, as pesquisas eram feitas pelos departamentos de medicina das universidades brasileiras e pelos cursos propagados e oferecidos pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). O objetivo era discutir e mobilizar a sociedade em torno do direito universal à saúde, tratando questões como o trabalho multidisciplinar na saúde e o papel regulador do Estado, além de várias outras demandas.

A redemocratização no país foi um processo sem grandes rupturas, de modo que os interesses da classe dominante pudessem ser acomodados. Com a morte de Tancredo Neves e a posse de seu vice, José Sarney, houve o fim oficial do regime militar, em 1985. A convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em julho de 1985, foi feita pelo presidente respondendo ao pedido do Ministro da Saúde, como retorno às demandas e mobilizações da sociedade, provocadas pelo Movimento de Reforma Sanitária.

A 8ª CNS foi dirigida por Sérgio Arouca, sendo a primeira CNS que a sociedade pôde ter acesso, o que a tornou um marco em comparação às outras CNS, que exclusivamente só participavam deputados, senadores e autoridades do setor. O relatório final resultou em um acordo sobre a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), independente da previdência, com a concordância das propostas de união das ações, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços e fortalecimento do município. Essas propostas estavam ligadas aos temas discutidos no relatório, que eram: 1º) A saúde como direito, 2º) A reformulação do Sistema Nacional de Saúde e 3º) O financiamento setorial.

No relatório, foi exposto um conceito mais abrangente de saúde, que é resultado das condições relacionadas à alimentação, habitação, educação, renda e outras políticas. Os delegados da CNS apoiaram a responsabilidade do Estado em garantir condições satisfatórias de vida e acesso universal à saúde, além disso,

destacaram a importância de integrar a política de saúde com outras políticas econômicas e sociais. Abordaram o papel do setor privado, com a ideia de um sistema exclusivamente público e o setor privado sujeito às normas do SUS, ou seja, deveria seguir as diretrizes e normas estabelecidas do SUS.

Com o intuito de que as resoluções pudessem ser integradas à Constituição Federal de 1988, foi criada em agosto de 1986 a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS).

A estratégia adotada para consolidar esse projeto radicalmente transformador do sistema de saúde em nosso país foi a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), constituída por representantes ministeriais de diversas áreas, por representantes dos profissionais de saúde e da sociedade civil. Os trabalhos dessa Comissão foram subsidiados por documentos elaborados pelos oito grupos técnicos de apoio à CNRS, integrados por destacados especialistas de diversas áreas, criados e coordenados por Cristina Possas, recém-chegada de pós-graduação na Clínica del Lavoro, em Milão, Itália, a convite de Giovanni Berlinguer, médico que liderou a reforma sanitária naquele país. (POSSAS, 2020, p.1).

Os 8 grupos técnicos eram compostos por especialistas qualificados de várias instituições e áreas do conhecimento, abordando a proposta constitucional, estrutura institucional, recursos humanos, financiamento, ciência e tecnologia, saúde ocupacional, informações de saúde, saneamento e meio ambiente. Em setembro de 1986, a Abrasco concedeu apoio à CNRS ao realizar o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

Em setembro de 1986, a Abrasco realizou o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, discutindo de forma sistematizada a importância de inscrever uma proposta ampliada de saúde na Constituinte. Tal proposta, relacionava-se aos seus determinantes e condicionantes, bem como ao direito universal e igualitário à saúde, ao dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde, à organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) - universal e gratuito -, à garantia de participação do conjunto da população na sua consolidação através da descentralização e do controle social e à subordinação do setor privado às normas do SUS, bem como às políticas de recursos humanos e de insumos à política de saúde. (BRAGA, 2007, p.89).

A subcomissão avaliou o documento da CNRS sobre o SUS e o relatório final, que incluía uma proposta para o texto da Constituição e a sugestão para um projeto de lei do SUS, que foi difícil devido à necessidade de avaliar as diferentes especialidades e condições políticas para essa transformação, por motivo da existência de diferenças entre os estados. Esse relatório foi encaminhado para a Comissão de Sistematização, que era encarregada de elaborar o projeto final da CF 88. Com a persistência do MRS e o acontecimento da 8ª CNS foi criado o SUS.

O que garantiu os resultados positivos para a Saúde na nova Constituição foi o trabalho dos líderes dos partidos progressistas na mesa de negociações e a participação política do movimento sanitário. Embora o texto constitucional não tenha ficado idêntico ao texto levado à Assembléia pelos sanitaristas, o essencial foi mantido: era dever do Estado a criação de um sistema universal de saúde, gratuito e de qualidade para todos os brasileiros, bem como a preparação dos trabalhadores para esse sistema. O SUS deveria ser descentralizado, ou seja, o governo federal teria por obrigação destinar parte do seu orçamento para a saúde, e as secretarias estaduais e municipais de saúde deveriam assumir as ações na área de forma autônoma e coordenada, dispondo de verba destinada pelo MS. O sistema privado complementar seria subordinado ao sistema público. (NETO, 2003 apud BRAGA, 2007, p. 92).

A Assembleia Nacional Constituinte foi convocada em 1985 por José Sarney, assim resultando na promulgação da Constituição Federal em outubro de 1988, na qual a saúde foi reconhecida como direito universal, política de seguridade social, junto com a previdência social e assistência social. A Lei nº 8.080, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), foi aprovada em 19 de setembro de 1990. A LOS foi elaborada como um marco legal para regulamentar o direito à saúde na CF 88, tendo como objetivo organizar o sistema de saúde pública no país, determinando princípios, diretrizes e normas para a implementação do SUS. A LOS também é responsável pelos direitos e deveres dos usuários e dos entes federativos em relação à oferta de serviços e ações de saúde. O princípio do SUS é garantir a universalidade, integralidade e equidade, com participação da sociedade. Ao analisar a descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, é preciso levar em conta as desigualdades, problemas e desafios presentes na área da saúde de cada estado e município, então:

O Brasil apresenta um sistema político federativo peculiar, por ser constituído por três esferas de governo - União, Estados e Municípios, consideradas pela Constituição Federal de 1988 como entes federativos, com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. Merece destaque, por suas implicações para a área da saúde, o grande peso dos municípios, que de acordo com a Constituição Federal de 1988, são responsáveis pela implementação das ações e serviços de saúde, e que demandam investimentos para acumular o poder e as capacidades institucionais indispensáveis ao exercício dessas funções. Porém a diversidade desses entes federativos, em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional do Estado, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, em face da complexidade e das contradições no enfrentamento dessas realidades. (SOUSA, 2014, p. 12).

O Ministério da Saúde, em 1996, criou as Normas Operacionais Básicas (NOB) com objetivo de assessorar a gestão do SUS e a organização. Essas normas

determinam as formas de transferência de recursos entre os diferentes órgãos do governo, definem as opções de pagamento dos serviços de saúde e orientam o processo de descentralização. Ademais, buscam a construção de uma rede de serviços que funcione de forma racional dentro do sistema, estabelecendo também os modelos de atenção para promover à saúde, prevenir, curar e recuperar doenças, com o objetivo de melhorar a eficiência e qualidade do SUS. Em virtude do SUS, diversos programas e políticas foram implementados, como por exemplo: Programa Nacional de Controle da Dengue no Brasil (1985), Programa da Saúde da Família (1994), Programa Nacional de Controle do Tabagismo (1998), Farmácia Popular (2004), Rede Cegonha (2011), entre outros.

Mesmo existindo uma variedade de programas e políticas, bem como o reconhecido avanço em termos de desenho institucional, o SUS já nasceu enfrentando inúmeros desafios, porque, como já mencionado, o sistema privado complementar deveria ser subordinado ao sistema público, mas se modificou na década de 1990, ganhando cada vez mais espaço em função da ofensiva neoliberal e do projeto privatista de saúde que passou a disputar a direção social deste campo de direito no país.

1.3 O SUS em disputa: projeto da Reforma Sanitária versus Projeto Privatista

No início da década de 1990 introduziu-se, no Brasil, a fase de ajuste econômico que encetou as privatizações e a redução dos investimentos direcionados às políticas sociais. O neoliberalismo, no país, ocorreu após o governo eleito reformar a aparelhagem estatal, trazendo, assim, desafios para a população.

No Estado ampliado neoliberal, as políticas econômicas, sociais, geopolíticas e de segurança operam conjuntamente, dentro de uma lógica totalizante, a favor do aumento da extração do mais-valor produzido pela força de trabalho, no atendimento minimalista de necessidades humanas, no apassivamento das lutas populares e na criminalização- e até mesmo militarização - da “questão social” e das organizações mais radicais da esquerda. Além disso, os Estados imperialistas continuam a cumprir com zelo o seu papel de dominação e extração de riqueza dos países dependentes, sejam eles semiperiféricos ou periféricos, reeditando, sob nova roupagem, métodos da acumulação primitiva do capital (BRANDÃO, 2010). Desta maneira, defende-se a tese da ampliação e do fortalecimento do Estado na era neoliberal, que cumpre papel fundamental na ofensiva do capital financeiro financeirizado ao trabalho e do imperialismo nos países dependentes. (CASTELO, 2017, p. 63)

Em relação à saúde nesse momento de ajuste, pode-se afirmar que:

[...]na gestão Collor (1990-1992), ainda que a adoção do neoliberalismo pelo governo central tenha resultado na promoção de uma política de privatizações, os deputados constituintes (que ainda estavam no Congresso, pois a nova legislatura tem início somente em 1991) conseguiram sancionar as Leis Orgânicas da Saúde - leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 -, regulamentando o SUS. Estas leis, todavia, sofreram 16 vetos presidenciais, relacionados em sua maior parte à delimitação dos recursos orçamentários nacionais para a saúde pública. (BRAGA, 2007, p. 97)

Collor sofreu impeachment em 1992, devido a acusações de corrupção e envolvimento em um esquema de desvio de recursos públicos. Isso levou a uma investigação que resultou em seu julgamento político pelo Congresso Nacional Brasileiro só que antes da conclusão do processo de impeachment ele renunciou e tornou-se o primeiro presidente na história do Brasil a sofrer esse processo. Seu vice, Itamar Franco, assumiu a presidência. No governo de Itamar Franco e, de maneira incisiva, durante os governos de Fernando Henrique Cardoso, ocorreu uma proposta de reforma na estrutura do Estado, que contou com o direcionamento e apoio do setor privado. Esta proposta, conhecida como “modernização gerencial”, visava restabelecer o papel da burocracia estatal e as funções dos diversos níveis do governo nos setores sociais e de infraestrutura econômica.

Como dito anteriormente, a partir de 1995, inicia-se o desmonte do Estado, tendo como destaque a política de privatizações e a reestruturação das instituições estatais. A concepção de Seguridade social estabelecida na Constituição é nitidamente desfeita, transformando-se em um sistema previdenciário. Além disso, a previdência é ajustada para ter forma de seguro, totalmente oposto aos princípios da Reforma Sanitária. No que diz respeito à saúde, observa-se que ela estava

[...] expressa num projeto de saúde privatista, ou articulado ao mercado (VIANA, p. 6, 2011), e contrário ao Projeto de Reforma Sanitária garantido constitucionalmente. Esse projeto privatista tem como aspectos: a contenção dos gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização (GOMES, apud VIANA, 2011, p. 6). Em meio a esse processo de transformação política e econômica, o Estado isenta-se da responsabilidade diretamente relacionada à promoção dos aspectos efetivos da Seguridade Social e começa a transferir essa responsabilidade para os próprios trabalhadores, mediante a constituição de um sistema social completamente amoldado à lógica do mercado. (SANTOS, 2017, p. 6)

Durante o governo de FHC, é discutido a Reforma do Estado com base nas recomendações do Banco Mundial, como: 1º) Diminuição do tamanho do governo, 2º) Privatizações, 3º) Abertura econômica, 4º) Desregulamentação, ou seja, defende

apenas a universalização da cobertura da atenção básica, contrariando o modelo assistencial de saúde do SUS. Também em 1995 é criado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), tendo como objetivo modernizar a administração pública brasileira, objetivando torná-la gerencial.

O motivo dessa suposta modernização, conforme narrativa apresentada, estaria relacionado à necessidade de enfrentar as dificuldades impostas pelo capitalismo globalizado e acabar com as práticas políticas concentradas nos interesses pessoais e na ineficácia dos serviços públicos. No documento do Plano Diretor, a CF 88 é considerada como um impedimento para o desenvolvimento do país por ser considerada extremamente burocrática e, argumenta-se que é crucial realizar um ajuste fiscal permanente; reformar o sistema de previdência social e incluir novos instrumentos de política social, transformando o papel do Estado, que era de executor ou fornecedor direto de serviços, para um papel mais regulador e coordenador.

De acordo com o Plano Diretor (Brasil, 1995), o novo modelo de aparelhagem estatal passa a ser composto por um 'núcleo estratégico', definido como o setor que define as leis e as políticas públicas e cobra o seu cumprimento, ou seja, pelos poderes centrais executivo, legislativo e judiciário; e, além desse núcleo estratégico, o aparelho de Estado se compõe, seguindo a proposta do Mare, por três outros setores: um 'setor de atividades exclusivas', responsável pela regulamentação, fiscalização e fomento a serviços básicos; e um 'setor de serviços não-exclusivos', no qual organizações denominadas 'públicas não-estatais' e privadas atuam em 'parceria' com o Estado, principalmente nas áreas de saúde e educação. É prevista no Plano Diretor a transferência para o setor de serviços não-exclusivos, os serviços e funções do Estado nessas áreas. Em São Paulo, por exemplo, desde a aprovação da Lei Complementar n. 846/1998, que dispõe sobre as organizações sociais de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde estabelece parcerias com o setor privado por meio de contratos de gestão com essas organizações. (BRAGA, 2007, p. 93-94).

A privatização, do ponto de vista do SUS, se fortalece também devido a CF 88, no Artigo 199, permitir a participação complementar da iniciativa empresarial na compra de serviços privados pelo Estado para o fornecimento público de saúde.

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988, Art. 199)

Apesar dos avanços do SUS, existem problemas estruturais que se relacionam à sua construção histórica e outros criados e/ou acentuados pela lógica do Estado mínimo neoliberal, que tem hegemonia político econômica no país. Isso

faz com que os desafios para o funcionamento do SUS sejam permanentes e as causas históricas estruturais, muitas vezes, não sejam levadas em consideração. Como forma de solução, sugere-se modificar a forma de gestão pública, o que leva alguns a acreditar que a única alternativa de solucionar esses problemas é privatizando o SUS. Sob essa narrativa e no cerne da ofensiva neoliberal surgem as Organizações Sociais (OS), criadas pela Lei nº 8.080/1990, mas regulamentada pela Lei nº 9.637/1998 e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criada pela Lei nº 9.790/1999.

As OS e as OSCIP's, sendo esta última a segunda tentativa de privatização, aparecem na esfera pública por meio do Plano da Reforma do Estado no governo de FHC, particularmente pelo programa de privatização. Essa estratégia tem como propósito entregar para o setor público não-estatal os serviços não exclusivos dos estados, onde se encontram as políticas sociais, principalmente a gestão dos serviços públicos de saúde para o setor privado. Desse modo, é dado o ponto de partida para as diferentes formas de privatização que são presenciadas no SUS até o momento presente. Existe divergência conceitual entre as OS e Oscip em suas aplicações práticas:

Enquanto o modelo OS deveria ser aplicado para aqueles serviços já prestados pelo Estado, em que se requer maior flexibilidade e agilidade de gestão, o modelo OSCIP's serve para as entidades que já desempenham serviços públicos ou de interesse coletivo e que o Estado resolve apoiar ou fomentar. Essa diferença conceitual, relacionada à iniciativa da prestação dos serviços, é importante para designar a qual modelo a entidade deveria estar enquadrada, muito embora sob o ponto de vista formal, ambos serviram para as duas situações. (ALCOFORADO, MORAES, 2008, apud HELENA, PASSOS, COSTA, KRÜEGER)

Em 2002, Luiz Inácio Lula da Silva foi eleito. Ainda que não possamos falar em uma linha contínua em relação ao neoliberalismo, no âmbito do projeto político-governamental de conciliação de classes petista, importantes diretrizes do neoliberalismo foram mantidas:

Identifica-se, já no primeiro governo Lula, a manutenção da política macro-econômica do governo anterior e subordinação das políticas sociais e a lógica econômica. Há uma perpetuação dos principais fundamentos que nortearam a economia brasileira na última década. Os elementos de continuidade podem ser visualizados pela política cambial volátil, contratação de investimentos produtivos e altas taxas de juros com o objetivo de favorecer o capital financeiro (Braz, 2004). Com relação à saúde, havia expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária construído nos anos de 1980 e que foi questionado na década de 1990, havendo, no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. (BRAVO, 2006, p. 16)

Com Lula dando continuidade a esse processo, são criadas as Fundações Estatais de Direito Privado, que são as versões atualizadas das OS e OSCIP's. No ano de 2010, o governo federal pensou em melhorias para a reestruturação dos hospitais universitários federais. Assim, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual está vinculada com o Ministério da Educação e foi regulamentada por meio da Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 usando a justificativa que pelo fato de existir uma demanda cada vez maior do governo e da sociedade em instituir uma organização dos gastos e despesas, seria intensificando a eficiência e aprimoramento da qualidade dos atendimentos nos HUs, além de aprimorar a parte voltada ao ensino.

A EBSERH, empresa de direito privado, consolidará e legalizará o direcionamento das atividades de ensino e pesquisa realizadas nos HUs, através de convênios e contratos com empresas do complexo médico-industrial, já em curso pela atuação das Fundações Privadas ditas de Apoio nas universidades. Esse processo, terá impactos negativos tão profundos quanto a venda dos HUs à iniciativa privada. A submissão da produção de conhecimento e da formação de trabalhadores da saúde aos interesses mercantis resultará em prejuízos ao atendimento às necessidades de saúde da população. (MARCH, 2012a apud HELENA, PASSOS, COSTA, KRÜEGER, 2013, p. 7)

Fica evidente a continuidade das políticas focais, a ausência de democratização ao acesso, a incapacidade de viabilizar a Seguridade Social e o vínculo com o mercado, por meio da combinação de setores público e privado. Os cortes com gastos públicos também influenciam na condição de saúde da população:

Os estudos mencionados mostram que, quando se faz cortes na saúde em momento de crise econômica, há um aumento do número de mortes, dos surtos de infecções por tuberculose e por HIV, e das doenças infectocontagiosas em geral. Também aumenta o risco de retorno de doenças que já estavam erradicadas, aumentam os índices de alcoolismo e de suicídio, os problemas de saúde mental, ou seja, uma tragédia para uma população sofrida de um país em crise. Além disso, tais estudos mostram que os cortes nos gastos sociais aumentam a desigualdade no país e colocam em risco a possibilidade de uma expansão duradoura assim como prejudicam a sustentabilidade do crescimento. Além de mostrarem que a saúde não deve ser cortada em situação de crise, esses estudos mostram que investir em saúde pode ser considerada uma oportunidade de gerar economia com o desenvolvimento de tecnologias, emprego e maior qualidade de vida, que são fundamentais para enfrentar crise. Os autores sugerem que manter ou até mesmo aumentar o gasto com saúde contribui para o país voltar crescer mais rapidamente e de forma mais duradoura. Nesse sentido, é possível afirmar que nos momentos de crise os governos devem investir mais em saúde, porque é quando as pessoas mais precisam e porque a saúde contribui para um desenvolvimento mais duradouro da economia do país. (SANTOS, 2016, p.6 apud SILVA, SOUZA, 2019, p. 8)

O SUS é uma instituição extrema importância, mesmo tendo que enfrentar muitos obstáculos. É crucial que a população, junto a órgãos favoráveis à universalização da saúde, se mobilize na luta contra as políticas neoliberais, independente quem seja o presidente ou o partido político.

2. A política de desospitalização no Brasil: limites e potencialidades para o Serviço Social

2.1 Política de desospitalização no Brasil: retomando seus principais aspectos

A política de desospitalização no Brasil começa a ser construída devido a eventos que serão brevemente resumidos a seguir. A própria diretriz da desinstitucionalização contou com o conceito de desospitalização, vindo da área da saúde mental. Na década de 1970 se avolumaram as reprovações e críticas à política dos manicômios, passando a ganhar cada vez mais relevância a defesa da transferência dos usuários para integração em uma rede de serviços da saúde, sob a perspectiva de voltarem ao convívio em sociedade.

Com a criação do SUS, na década de 1980, a desospitalização foi pautada na criação de serviços de saúde próximos das comunidades, tais como os Centros de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde. Estes serviços proporcionavam atendimento primário de saúde, como consultas médicas, vacinação e acompanhamento de doenças crônicas, evitando as internações hospitalares desnecessárias. Na década de 1990 foi aprovada a Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS), que definiu as diretrizes para a descentralização da gestão em saúde no Brasil. Nesse tempo, a desospitalização começou a ganhar destaque devido à ampliação do serviço de cuidado domiciliar, tendo como exemplo, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Em 2002, o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) foi estabelecido no Brasil, com o propósito de fortalecer a política de desospitalização, tendo como intuito prover os cuidados contínuos em domicílio para os usuários que necessitavam.

Um marco importante no processo da Política de Desospitalização ocorreu em março de 2003, com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH). Existem várias interpretações para o termo da humanização, como Deslandes (2004), que acredita que a humanização pode colaborar para melhorar a qualidade do cuidado fornecido, aprimorando o modo de comunicação entre profissionais e usuários, trazendo novas formas de cuidado:

Discutimos as idéias centrais da humanização como oposição à violência; oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria das condições de trabalho do profissional, e ampliação do processo comunicacional, eixo central dos textos. (DESLANDES, 2004, p.7)

Já Artmann e Rivera (2006), possuem a seguinte visão:

A humanização é uma estratégia política e gerencial mais abrangente, que contém as possibilidades do acolhimento e do vínculo, como dispositivos práticos ligados às formas imediatas de cuidado social e individual. (ARTMANN E RIVERA, 2006, p.207)

A PNH visa estar conectada às necessidades da população usuária, objetivando garantir melhorias em relação à qualidade do atendimento, aos serviços prestados e às condições de trabalho.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.3)

A PNH possui os seguintes princípios:

- **Transversalidade:** é necessária em todas as políticas e programas do SUS, sendo seu objetivo modificar as relações de trabalho através do crescimento do contato e da comunicação entre as pessoas, as retirando do isolamento e das relações de hierarquias de poder.
- **Indissociabilidade entre atenção e gestão:** é de suma importância que os trabalhadores e usuários estejam cientes de que as decisões da gestão têm influência direto na qualidade do serviço, por isso é importante que eles tenham entendimento sobre o funcionamento da gestão dos serviços e da rede de saúde, além de se envolver no processo de tomada de decisão das organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva.
- **Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos:** é essencial concordar com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas para que seja possível realizar qualquer transformação na gestão e atenção. No contexto do SUS, cada indivíduo é reconhecido como legítimo cidadão de direitos, valorizado e incentivado em sua participação na produção de saúde.

As diretrizes da PNH são baseadas em orientações clínicas, éticas e políticas tendo acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários.

Partindo dessas considerações, entendemos que a desospitalização é um

processo que demanda planejamento e preparação para a alta do usuário que ainda necessita de cuidados, mas que precisam ser fornecidos no domicílio, possibilitando diminuição do tempo de internação no hospital. O Ministério da Saúde descreve a hospitalização como:

O Ministério da Saúde define desospitalização como a desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, prevenindo a reinternação desnecessária, amparando as equipes de atenção básica, garantindo agilidade no processo de alta para o domicílio e a reinserção dessas pessoas nas redes de atenção alternativas ao hospital. Sempre privilegiando a humanização e a participação das famílias nas práticas de cuidado (BRASIL, 2012a). Ressalta-se, aqui, que essa definição também abarca as práticas de cuidado que se antecipam à hospitalização e que não estão atreladas tão somente ao evento da internação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p.85)

Através da Lei 10.424, de 15 de abril de 2002, foi regulamentada a Assistência Domiciliar. Essa regulamentação engloba um conjunto de ações de promoção e prevenção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação realizadas no domicílio. Além da Assistência Domiciliar, PNH, existem outros programas e legislações relevantes, como o Programa Melhor em Casa e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

O intuito do programa Melhor em Casa é garantir o acesso à saúde e a continuidade do cuidado para os usuários que não possam ir até o hospital para receber atendimento. Nessa direção, a portaria nº 825/2016 define três modalidades de atenção domiciliar onde ocorre a diferenciação baseada na complexidade da demanda, sendo assim:

- Modalidade AD1: designada para indivíduos com problemas de saúde sob controle, compensados e com restrição ou incapacidade física de se locomover, que necessitam de cuidados menos frequentes e com mínima necessidade de intervenção multiprofissional.
- Modalidade AD2: designada a pessoas que possuem problemas de saúde e têm dificuldades ou incapacidades de se locomover, e que requerem uma frequência maior de cuidado, ou seja, indivíduos com doenças agudas ou crônicas, doenças crônico degenerativas, doenças que demande atendimento semanal, cuidados paliativos e prematuridade ou baixo peso em bebês.
- Modalidade AD3: designada aos indivíduos da modalidade AD2, quando os mesmos necessitarem de cuidado multiprofissional com maior frequência,

utilização de equipamentos específicos ou realização de procedimentos mais complexos como ventilação mecânica, nutrição parental, será requerido um período mais longo de acompanhamento domiciliar.

Na modalidade 1, a Clínica da Família presta atendimento com o suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), já nas modalidades 2 e 3 contam com o atendimento das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A PNHOSP determina que os hospitais devem prover a alta hospitalar de forma responsável, o que significa transferir o cuidado de forma apropriada. Toda a equipe deve seguir as orientações da PNHOSP, a fim de garantir a continuidade do cuidado por meio da comunicação com a rede. Essas leis auxiliam o fortalecimento do direito à desospitalização.

O conjunto de legislações e normatizações, ainda que produzam importantes impactos e avanços, não é o bastante para assegurar uma desospitalização responsável. Em algumas situações em que ocorre a desospitalização, as condições crônicas tornam-se perceptíveis quando estão relacionadas à precarização da condição de vida e à desigualdade social, tendo como consequência a impossibilidade de retorno para casa. Tais processos geram uma internação prolongada, que é definida por períodos iguais ou superiores a 30 dias, sendo chamada por alguns médicos de "caso social".

O estigma e preconceito que podem estar ligados ao termo "caso social" denotam o usuário como alguém problemático ou desajustado, especialmente quando há reinternações frequentes devido a interrupção do tratamento ou negligência familiar. Ademais, esse termo simplifica as múltiplas necessidades do usuário. Quando o problema deixa de ser o quadro clínico, os médicos e enfermeiros encaminham para o Serviço Social, visto que a parte deles está encerrada, ignorando que as condições econômicas, sociais e ambientais podem impactar na saúde física e mental.

O assistente social considera ser um possível caso social quando numa situação são identificados os indicadores de risco e a estes se encontram associados fatores como o isolamento social e a ruptura com alguns sistemas de suporte do seu contexto social, nomeadamente a família. Entendemos que o assistente social considera que um doente que esteja exposto a estes indicadores precisa da intervenção do Serviço Social, pois encontra-se em situação de vulnerabilidade social. Uma das grandes questões da prática quotidiana do assistente social é confrontar-se com a escassez de recursos, a ausência de suporte familiar ou da comunidade ou, por vezes, a inadequação das medidas e respostas das políticas sociais às

questões colocadas tanto pelas famílias como pelos utentes. (GUERRA, 2017, p.75)

Embora exista a importância da equipe trabalhar em conjunto, desde o início, para garantir que tudo esteja pronto para o usuário retornar à sua residência no momento da alta, no hospital onde foi feito o estágio, foi observada uma contradição em algumas situações, mesmo com o acompanhamento sendo feito desde o princípio. As demandas associadas ao INSS, Ministério Público e Defensoria Pública demoram um determinado tempo para obter retorno, o que acaba adiando a alta. Infelizmente, o tempo de retorno não está sob controle do assistente social, e os médicos começam a rotular como "caso social" ou "para o Serviço Social". A situação traz efeitos negativos, além do estigma e preconceito, afeta a relação entre médico e usuário, causando desconforto e quebra de confiança, pois o usuário se sente desvalorizado e incomodando o médico e o restante da equipe.

No Hospital Universitário em que foi realizado o estágio, foi observado que um dos motivos do atraso no processo da desospitalização era a espera no transporte para voltar para casa. A instituição só possui uma ambulância para todo o hospital e nem todas as famílias possuíam carro ou condição financeira para custear os transportes de aplicativos para a locomoção. Ademais, por vezes, existe uma frágil comunicação entre as equipes ou a precária interlocução com as outras redes.

Outro elemento importante como obstáculo no processo de desospitalização se relacionava ao fato do usuário não ter familiar que pudesse apoiar o seu processo de saúde ou a família não poder levar o usuário para casa devido à falta de recurso financeiro para fazer adaptações na moradia.

No entanto, ao fim e ao cabo, as internações prolongadas ocorrem, sobretudo, devido à desresponsabilização do Estado como provedor de políticas que impossibilita o direito presente no estatuto do idoso e da pessoa com deficiência, no que tange à proteção social e à uma política de cuidados. Nesse sentido, a tendência é que a preocupação do hospital seja liberar leitos, tendo em vista a lógica que preside o desmonte das políticas sociais universais e sua precarização, gerando retração no número de leitos e adensando uma lógica de insuficiência de disponibilidade face às demandas .

A internação prolongada, que não seja por motivos clínicos, causa danos, tanto para o usuário, quanto para o acompanhante, pois cresce o risco de infecções,

expõe os acompanhantes a bactérias, além do fato destes não receberem condições adequadas de conforto e segurança, tendo que dormir em uma cadeira normal, utilizar um banheiro em manutenção e, em muitos casos, os acompanhantes são idosos.

Uma desospitalização responsável precisa do trabalho da equipe multidisciplinar, articulação com as redes e que estas possuam boa funcionalidade, orientação ao usuário e familiares. Desospitalização não é apenas retirar o indivíduo do hospital, mas garantir que a partir da saída dele do ambiente ele terá garantia dos direitos como habitação, transporte, saneamento básico, medicamentos e outros direitos.

Na teoria deveria funcionar como foi descrito, porém, na prática, frequentemente surgem obstáculos. Enquanto na idealização as equipes, familiares e usuários possuem bom relacionamento, na realidade, em algumas situações, uma equipe acaba atravessando a outra. O desrespeito de familiares e usuários em relação às equipes de enfermagem, Serviço Social e nutrição é evidente em alguns momentos. Em relação aos médicos é observado uma certa forma de respeito, totalmente diferente. Essa situação gera instabilidade no processo da desospitalização.

A comunicação é indispensável nesse processo, uma vez que a família e o usuário estão mais sensíveis devido ao estresse e sofrimento, o que é compreensível dadas as circunstâncias. Eles buscam informações incessantemente e fazem questionamentos quando julgarem necessário. Com isso, acabam dificultando o trabalho da equipe, que pode estar fragilizada e exausta devido à falta de recursos e pressão de outras famílias por informações. Trata-se de uma situação complexa, pois envolve diversas pessoas que precisam estar bem para lidar com a situação de maneira profissional. Um exemplo disso é quando alguns médicos do setor da emergência demoram para descer ou vão embora sem conversar com a família, deixando a equipe restante sobrecarregada e sem poder dar informações, pois não faz parte das competências e atribuições delas.

Jenh (1994) apresenta três dimensões do conflito: afetiva (de relacionamento), cognitiva (de tarefa) e processo. O conflito afetivo envolve indicadores emocionais e afetivos como atritos, tensão ou raiva entre os membros do grupo. O conflito cognitivo envolve indicadores cognitivos como diferentes pontos de vista e opiniões relacionados ao planejamento e execução das atividades do grupo. O terceiro tipo, conflito de processo, está relacionado à incompatibilidade de perspectivas ou ideias sobre a forma de realização da tarefa. (FARIAS, 2023, p.35)

No local de estágio acaba ocorrendo as três dimensões de conflito. Para resolver o problema específico mencionado, é fundamental realizar reuniões semanais com as chefias das equipes, conforme já acordado. Nem sempre as reuniões ocorrem devido a diversos motivos. Durante esses encontros, é preciso traçar estratégias, estabelecer acordos e regras para resolver as questões, sabendo que algumas serão resolvidas imediatamente e outras a curto prazo. Enquanto a comunicação não for melhorada, a desospitalização continuará sendo um processo conflituoso e difícil. Vale ressaltar que o bem-estar físico e mental dos usuários também precisa estar satisfatório para que haja sucesso nesse processo.

2.2 A inserção do Serviço Social em contextos hospitalares

O Serviço Social surgiu no Brasil por meio da iniciativa da Igreja Católica, que, diante dos conflitos oriundos das lutas operárias, se dedicou em promover uma ação evangelizadora na sociedade. Essa iniciativa foi motivada pela influência dos programas e métodos de ensino das escolas de Serviço Social europeias, aliados à doutrina social da Igreja.

A Igreja Católica fundou, em 1932, o Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), com o intuito de incluir católicos leigos na propagação de seus ideais na luta contra a desigualdade social. O CEAS era uma organização de natureza feminina que tinha como objetivo promover estudos sociais com a finalidade de formar indivíduos capacitados para atuar no campo da ação social. Assim, em 15 de fevereiro de 1936, foi inaugurada a primeira escola de Serviço Social em São Paulo.

A inserção do Serviço Social nos hospitais teve início no final da década de 1930 e início da década de 1940. A procura por assistência social nesses locais surgiu com o crescimento da industrialização e urbanização, que ocasionou o aumento da população em situação de vulnerabilidade e da incidência de doenças:

A implantação do Serviço Social no Brasil não se baseou em medidas coercitivas emanadas do Estado, mas partiu da iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestaram por intermédio da Igreja Católica. Para o Estado, a assistência social constituía-se numa das formas de enfrentamento da questão social, caberia ao profissional de Serviço Social atuar no seu aparato institucional, no sentido de integrar à sociedade a população trabalhadora “assistida”. Como “fiscalizador da pobreza”. (SILVA, 1998, p. 31-32)

Nas décadas de 1940 e 1950, ficou em evidência a significância da profissão,

que foi normatizada em 1957, pela Lei nº 3252. Posteriormente, foi regulamentada pelo decreto 994/62, mantendo ainda traços doutrinários da Igreja Católica, baseados em uma norma específica encontrada na Encíclica Papal Rerum Novarum. Este documento papal, embasado na doutrina filosófica da igreja católica, tinha como intuito analisar os princípios éticos e valores morais da sociedade. No ano de 1960, o profissional do Serviço Social começou uma discussão sobre o tradicionalismo profissional e a necessidade de constituir uma prática profissional em consonância com a realidade latino-americana, marcando assim o início do Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Este movimento promoveu uma reflexão crítica, realizada entre as décadas de 1960 e 1970, sobre um conceito específico que analisou os limites da prática profissional e buscava considerar as necessidades presentes no cenário urbano da época.

Na década de 1980, o Serviço Social passou por importantes mudanças, assumindo uma posição de ruptura com o conservadorismo profissional e uma aproximação com a tradição marxista. Mas, é na década de 1990 que o compromisso com a classe trabalhadora e outras pautas progressistas se tornaram a direção hegemônica para o projeto ético-político profissional, priorizando a democracia, liberdade, justiça social e dignidade humana como valores centrais.

Em conciliação com o desenvolvimento da sociedade, a profissão passou por transformações significativas, exigindo, assim, uma nova regulamentação estabelecida pela Lei nº8662/93. O parecer do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) de 1993 ratifica que:

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 é 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, 1993, p.2)

O assistente social, inserido no âmbito hospitalar, trabalha em conjunto com outros profissionais, e deve buscar, em suas intervenções, a possibilidade de proporcionar assistência integral à saúde da população atendida:

Considerando que o profissional assistente social vem trabalhando em equipe multiprofissional, onde desenvolve sua atuação, conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo na sua dimensão de totalidade e, assim, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, abrangendo os direitos humanos em sua integralidade, não só a partir da ótica meramente orgânica, mas a partir de todas as necessidades que estão relacionadas à sua qualidade de vida. (CFESS, 2009, p.1)

As ações do assistente social serão definidas pelo seu contexto de atuação no hospital e pelas escolhas teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas que fizer. Na conjuntura, o papel do profissional consiste em colher e organizar informações que possibilitem, à unidade, identificar, entender e investigar o perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários, bem como o fluxo e as demandas explícitas, implícitas e reprimidas. Além do mais, deve realizar estudos e pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais essenciais e à disposição, estabelecer rotinas e salas de espera, viabilizar a democratização da rotina e do funcionamento da unidade, por meio de materiais informativos como folders, cartazes e vídeos, simplificando o conhecimento e acesso dos usuários aos serviços prestados pelo hospital. ¹

Na enfermaria, o assistente social atua no processo de admissão, internação e alta dos pacientes, visando identificar e abordar os aspectos sociais pertinentes, comprometendo-se a informar e discutir sobre os direitos dos pacientes, incluindo direito à prevenção, tratamento, alta e remoção hospitalar consciente, explicitando as necessidades e consequências associadas a esses processos. Ademais, entre as competências profissionais no âmbito supracitado, incluem-se: intensificar a educação em saúde durante a alta hospitalar; fazer análises quantitativas e qualitativas dos casos de ocupação de leitos por razões sociais, visando enfrentar a questão em conjunto com outras entidades, caso necessário; elaborar medidas que tornem mais fácil e rápido a presença dos familiares/amigos no processo de internação. No hospital em que foi realizado o estágio, os profissionais estabelecem contato com assistentes sociais de outros órgãos, com o objetivo de facilitar e tornar mais rápida a solução das demandas apresentadas. Dessa forma, se sentem mais confiantes para conseguirem encaminhar os usuários para os locais corretos ou orientá-los sobre quais profissionais procurar. Além disso, obtêm contatos que podem ser repassados aos usuários ou eles mesmos entram em contato para fornecer as informações aos usuários de maneira clara e compreensível.

No ambulatório, o profissional faz entrevistas e, com base nelas, realiza encaminhamentos e organiza grupos de acordo com as necessidades dos usuários e seus familiares, para que ocorra debate sobre temas relevantes ao grupo específico. Auxilia na construção de estratégias que consolidam e proporcionam encontros de equipes multiprofissionais para estudo, planejamento e avaliação de

¹ Ações a serem realizadas pelos assistentes sociais nos Hospitais com Emergência. cartilhas-o-servico-social-em-hospitais-orientacoes-basicas.pdf (cressrj.org.br)

projetos no atendimento direto à sociedade. Na instituição em tela, o usuário é atendido por meio de agendamento prévio, preferencialmente no dia de sua próxima consulta, evitando que ele se desloque até lá somente para atendimento do Serviço Social. Caso haja uma demanda espontânea, o atendimento é concedido diante da disponibilidade de horários na agenda. No ambulatório, a sala do Serviço Social, uma vez que sua entrada é próxima à área de espera, acaba se tornando um local de “desabafo” para usuários angustiados com a espera pelo médico ou pelo assistente social. Às vezes, os atendimentos apresentam muitas demandas, exigindo maior tempo e atenção do profissional; entretanto, este não pode encerrar o atendimento de maneira repentina, precisando usar suas habilidades de comunicação para deixar o usuário que espera mais tranquilo.

Na recepção integrada, conhecida também como porta de entrada, o assistente social se mantém presente na entrevista e reunião da equipe que atende o usuário na emergência, com o propósito de apresentar as informações aos familiares sobre o quadro apresentado. Participa também do processo de admissão, buscando assegurar a plena informação e uma conversa sobre as possibilidades e consequências do quadro apresentado diante da rotina da instituição. Executa, ainda, análises acerca das demandas dirigidas ao hospital, com o intuito de passar as informações às secretarias de saúde e aos conselhos. Outros setores do hospital têm recebido prioridade. No entanto, seria importante contar com um profissional neste setor, principalmente para estabelecer um primeiro contato com o usuário e seus familiares, fazer acolhimento e realizar entrevistas antes da ida do usuário para as enfermarias. Dessa forma, seria possível iniciar o atendimento o mais rapidamente e teria a tentativa de garantir que todas as demandas estivessem organizadas e resolvidas para o momento da alta hospitalar.

Na emergência, o profissional trabalha no sentido de construir fluxos e processos que possibilitem a democratização dos procedimentos, dos serviços, normas, rotinas e dos direitos e deveres para os usuários que precisam de internação. Mantém contato rápido com a equipe multiprofissional para saber mais sobre o quadro do usuário, para fazer intervenção se for necessário, explicando para o usuário ou para os familiares. É preciso a existência de normas e rotinas estabelecidas, principalmente em hospitais com emergência aberta. No entanto, no hospital em questão a emergência é fechada, na qual apenas aqueles que são acompanhados na instituição podem usufruir dos serviços oferecidos pela emergência. É um ambiente que exige um maior esforço do profissional, uma vez

que as famílias têm fácil acesso e frequentemente solicitam informações que não são da competência do Serviço Social. Portanto, é um local onde é possível promover um melhor entendimento sobre o trabalho do Serviço Social, fornecer acolhimento às famílias que buscam o serviço e permite o assistente social a desenvolver habilidades de comunicação e paciência, uma vez que as famílias se encontram na maioria das vezes angustiadas devido à condição clínica dos usuários e às vezes os veem nos corredores devido à falta de espaço nas enfermarias.

Na chefia, o assistente social é responsável por coordenar o planejamento e a execução do serviço. O profissional contribui com a equipe na elaboração e implementação de programas e projetos baseando-se em estudos, pesquisas e análises realizadas na área do Serviço Social. Ademais, promove ações que possibilitem a colaboração da equipe multiprofissional, além da realização de reuniões administrativas e de estudo para o desenvolvimento das atividades e a capacitação dos profissionais da área. Ademais, assessora os assistentes sociais de forma individual, dando importância a seus interesses e necessidades. A chefia adota uma postura horizontal, na perspectiva da promoção da união da equipe e facilitando a resolução de conflitos relacionados aos métodos de trabalho. Resolve também os de dias de folga, pois geralmente nem sempre é possível dar folga para mais de duas pessoas no dia e os dias de plantões. Além disso, a chefia se coloca disponível para ouvir os profissionais sobre casos que eles acham que precisam de auxílio, ampliando suas reflexões. É priorizada a comunicação aberta e respeitosa para que a equipe possa se apoiar em situações de confronto com profissionais de outras áreas. Esse relato pode ser visto de maneira positiva, já que mostra que a equipe confia na chefia que tem, consegue se sentir confortável para fazer trocas.

O assistente social mantém um contato constante e intenso com o usuário e seus familiares, a fim de compreender sua totalidade. Assim, utiliza instrumentos e técnicas como entrevistas, acolhimento, visitas, entre outros para poder resultar numa desospitalização segura, mas nem sempre a família pode dar o suporte que é desejado pela equipe e necessário para o usuário.

2.3 Limites e potencialidades para o Serviço Social no processo de desospitalização considerando as tendências familistas para as políticas sociais.

No Brasil, o avanço da organização familiar sob a ótica da estruturação

nuclear burguesa desenvolveu-se no século XIX, com o intuito de consolidar uma base de resistência diante das condições históricas que estruturam a sociedade brasileira, consideradas perigosas para a sociedade em formação. Nesse contexto, a mãe passou a ocupar um papel de grande importância, sendo responsabilizada pelo cuidado com a saúde dos filhos e do marido, pela felicidade da família e pela higiene no lar.

De modo cultural e histórico, a família tem sido apontada como um dos pilares da proteção social presentes na sociedade, possibilitando o sustento de seus integrantes, conforme evidenciado por Mioto:

[...] o grupo familiar aparece com dupla face, a de uma unidade econômica com dependentes e “chefes de família” que redistribuem renda e a de unidade “doadora de cuidados”, também a partir de redistribuição interna. Nele da mulher-mãe se espera que seja a principal provedora de cuidados para seus membros, mantendo-se economicamente dependente de seu marido. Assim, supõe-se, por um lado, as responsabilidades do “chefe de família” com o sustento, e por outro lado, as da mulher com o cuidado. (MIOTO, 2003, p.169).

Na sociedade capitalista, as responsabilidades depositadas na família quanto ao cuidado e proteção de seus membros, é um primado e assume progressivamente mais centralidade sob o projeto neoliberal.

A partir de 1990, com a promulgação da Constituição de 1988, diversas leis foram aprovadas e passaram a institucionalizar o cuidado e a assistência como uma responsabilidade compartilhada entre a família, o Estado, a sociedade e a comunidade. No entanto, é importante destacar que essa responsabilidade tem sido cada vez mais atribuída às famílias, uma vez que o núcleo familiar tem exercido um papel central na esfera das políticas sociais e econômicas, tanto a nível nacional quanto internacional, sendo caracterizado como objeto, sujeito e instrumento das políticas públicas.

A concepção que considera a família como a principal provedora de bem-estar é titulada como familista, contrariando a compreensão da social-democracia, que sugere oferecer os serviços públicos universais para reduzir os custos enfrentados pelas famílias.

No que tange nosso objeto de estudo, a família é considerada crucial no processo de cuidado nos serviços de saúde, tanto como sujeito responsável pelo cuidado, quanto como objeto de cuidado. Por exemplo, o Estado fortalece essa perspectiva com o Programa Melhor em Casa, citado anteriormente. O Programa é um serviço focado no atendimento domiciliar de indivíduos que precisam de

reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos em situação estável, sem agravamento ou pós-cirúrgica, entre outros. Esses indivíduos terão à disposição a assistência multiprofissional sem custos em suas residências, com cuidados mais próximos dos familiares, possibilitando a desospitalização. No entanto, é preciso problematizar as contradições desses processos, que mascaram essa responsabilização usando o argumento de vínculo familiar. Reforça a importância da família no processo de cuidado. As etapas burocráticas demandam tempo e, nesse tempo, os familiares se veem desamparados, sem orientação até que consigam algo. O Estado, por sua vez, disponibiliza os recursos possíveis, porém tem processo de avaliação. O Estado faz papel fiscalizador verificando se a família atende os requisitos estipulados para a aprovação de benefícios ou de programas de transferência de renda.

O programa estabelece que a família deve escolher um cuidador em todas as circunstâncias, quer seja uma pessoa remunerada ou um membro da família, independentemente da complexidade do cuidado. Quem for escolhido receberá formação necessária pela equipe multidisciplinar para prestar assistência no ambiente domiciliar. É dever da equipe:

- [...] II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;
- III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;
- IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;
- V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;
- VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;
- VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários (BRASIL, 2011, s/p).

Dentre as funções da equipe multiprofissional, seis estão relacionadas ao treinamento e capacitação do cuidador, que não necessariamente precisa ser alguém da família. Neste cenário, a família tem duas opções: devido às dificuldades na execução dos cuidados, contratar um cuidador, o que nem sempre é possível financeiramente, ou o uso do trabalho familiar não remunerado e invisível, que recai principalmente sobre as mulheres.

Conforme a discussão do movimento feminista, a palavra cuidado está associada ao *care*, que historicamente se vincula à atenção, à necessidade do outro e também a uma consideração ética das relações humanas. Ao mesmo tempo, tem-se uma relação de gênero, pois o cuidado real e simbólico se refere à condição de mulher em sua vida concreta e ao trabalho privado de preocupação com o alguém, de educação, apoio e assistência. (FALEIROS, 2013, p. 85).

No hospital universitário no qual ocorre o estágio, foi observado situações em que os usuários não possuíam familiares próximos para prover ajuda nos cuidados, ainda assim, foi possível juntar recursos financeiros para contratar um cuidador. Em outra situação, um usuário era casado com uma idosa e ambos não tinham filhos, sendo a rede de apoio seus irmãos, também idosos. Havia casos em que o usuário não manteve boa relação com os filhos ao longo da vida, levando-os a não se sentirem obrigados a prestar assistência.

Dentre as situações, destacavam-se aquelas em que o usuário mantinha bons laços com todos os filhos, o que ocasionava disputas entre os irmãos para decidir quem assumiria a responsabilidade pelo cuidado do familiar durante o processo de tratamento em domicílio.

O Serviço Social possui seus limites e potencialidades. O assistente social deve ter em vista a complexidade das demandas sociais, como também respeitar os limites e dinâmicas familiares, as configurações, expectativas e exigências determinadas pelas políticas sociais, a fim de intervir com eficácia e qualidade. Esta intervenção deve ser assentada em um referencial teórico e postura crítica, fundamentados no projeto ético-político da profissão, com o propósito de corrigir posturas e intervenções conservadoras. É essencial realizar o trabalho social com as famílias e usuários, de forma a elucidar seus direitos e retirar qualquer culpabilização existente. Propor ao Estado novos programas, serviços e políticas para diminuir a responsabilidade das famílias, especialmente as mais fragilizadas.

3. O trabalho multiprofissional no processo de desospitalização: pensando a particularidade do Serviço Social em um Hospital Universitário

3.1 Assistente Social: atuação profissional e trabalho multiprofissional em um Hospital Universitário

Os assistentes sociais no Hospital Universitário encontram-se alocados no setor de emergência, ambulatório e nas unidades de internação. O profissional atua na identificação das condições de vida e trabalho dos usuários da instituição, como também nos determinantes sociais que influenciam no processo de saúde doença, ou seja, a atuação é destinada a todos os usuários que precisam do serviço para acessar as políticas sociais e obter orientações para a resolução de suas necessidades em matéria da especificidade profissional na parte interna do hospital e de continuação de cuidado pós-alta. A atuação também é norteadada pelos parâmetros estabelecidos aos assistentes sociais na política de saúde.

Apesar de o hospital ser público e atender a diferentes segmentos das diferentes classes sociais, é importante destacar que a maioria dos usuários atendidos advêm de frações mais empobrecidas da classe trabalhadora, e são atravessados pelas expressões da questão social, que segundo Iamamoto (2012), devem ser compreendidas como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam através das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

De acordo com nossa observação participante, bem como das análises empreendidas ao longo do estágio, podemos depreender que as expressões das questões sociais que mais se destacam entre os usuários atendidos no hospital: desemprego, pobreza, estigma, violência institucional, isolamento social, dependência química, baixo nível de escolaridade e habitação inadequada. Ademais, pensando a questão social a partir da nossa formação social estruturalmente racista, o racismo nucleia e se expressa das mais variadas formas na conformação da questão social e na maneira como ela se manifesta na Instituição.

A atuação ocorre de diferentes maneiras, seja por meio da busca espontânea do usuário ou de seu familiar; através da busca ativa realizada pela equipe de

Serviço Social; ou quando outra equipe identifica a necessidade de intervenção do Serviço Social.

Entendemos que o trabalho profissional em hospitais, assim como em qualquer espaço sócio-ocupacional envolve as três dimensões constitutivas da profissão:

1- Teórico-metodológica: que diz respeito à capacidade de relacionar o método e as teorias à prática no exercício profissional, já que ambas não caminham separadas.

A prática social pode validar uma teoria em determinadas condições sócio-históricas, uma vez que a teoria pode ser reconhecida na prática, mas isso não pode ser interpretado como uma passagem direta para as práticas profissionais. Ou seja, é necessária a captação dos nexos, das mediações e das particularidades relativas ao campo profissional. A teoria não se gesta, não brota da prática, mas da apurada reflexão sobre ela. Trata-se de um outro nível de conhecimento, de certo patamar do conhecimento que precisa ser testado e verificado na prática. Tampouco, se pode dizer que a teoria produz transformações práticas. (FORTI; GUERRA, 2010, p. 18).

Há questões que não se mostram de maneira explícita, exigindo uma apreensão dos fenômenos sociais para identificá-las, pois nem sempre o usuário ou o familiar se sentem à vontade para expor sua situação em um primeiro momento ou só se sentem confortáveis depois de incansáveis tentativas de diálogo, mesmo sendo explicado sobre a garantia do sigilo profissional. Essa exposição das condições de vida dos sujeitos atendidos proporciona ao assistente social ter um conjunto de informações analisadas de forma teórico-crítica, o que lhe permite entender e revelar os novos aspectos da questão social que enfrenta no seu cotidiano durante a prática profissional. Resumindo, ter domínio dessa dimensão é fundamental para identificar como a questão social está influenciando a vida material, a cultura, a sociabilidade e impactando a dignidade da população atendida no hospital.

2- Ético-política: relacionada à finalidade aos objetivos das ações dos assistentes sociais e aos valores que o orientam, ou seja, diz respeito à direção social que o sujeito profissional vai imprimir à sua intervenção profissional, face aos instrumentos, estratégias, encaminhamentos e orientações definidas para cada usuário.

3- Técnico-operativa: ligada a capacidade do profissional de articular meios e instrumentos para tornar os objetivos concretos, com base nos valores concebidos.

Os principais instrumentos e estratégias técnico-operativos utilizados no processo de trabalho do assistente social são na instituição em análise são:

- a abordagem ao usuário no leito;
- entrevista social (no hospital utilizam a AVS);
- acompanhamento do caso;
- reunião familiar, quando ocorre a necessidade de entendimento entre a família com mediação do Serviço Social;
- reunião com a equipe multiprofissional;
- visita domiciliar, que é feita raramente;
- visita institucional, ocorre em situações que o usuário não possui familiares e nem condições de residir sozinho e o/a assistente social visita a outra instituição para conhecer o novo local de moradia do usuário e fazer as articulações necessárias;
- orientações e encaminhamentos para: Riocard, Vale Social, Passe Livre; rede de atenção básica de saúde como ESF, NASF, CAPS; rede de proteção social e política de assistência como CRAS, CREAS; instâncias judiciais, em especial a Câmara de Resolução de Litígios da Saúde e Defensoria Pública; previdenciárias como INSS; acesso a medicamentos, instituições de reabilitação, acesso a materiais de reabilitação como ABBR e outros; orientações sobre trâmites cartoriais; casos de óbito e necessidade de isenções; programas existentes no Hospital Universitário; rotinas institucionais; direitos dos pacientes do SUS;
- acolhimento social;
- livro de registro e atas, a chefia possui esses instrumentos como forma de comunicação entre eles já que não se encontram todos os dias e é uma forma de saber o que o outro fez e o que ficou pendente para dar continuidade ao trabalho;
- parecer social, fica salvo no sistema que o hospital possui, onde fica o resumo da entrevista, pontuando as demandas e encaminhamentos;
- registro em conduta;
- relatório social, feito quando solicitado por outros órgãos/instituições;
- folders explicativos para os usuários e seus familiares, relacionados ao trabalho do assistente social no Hospital Universitário, diferença entre

procuração e curatela, direito da pessoa com HIV, direito da pessoa com câncer, tratamento fora de domicílio (TFD), entre outros;

- Supervisão dos estagiários e preceptorias dos residentes;

Resumidamente a atuação do assistente social é o atendimento e acompanhamento direto aos usuários e seus familiares, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional.

O trabalho multiprofissional compreende certa divisão de trabalho das diferentes áreas de especializações que atuam dentro de seus limites, porém preservando a comunicação constante com o objetivo de garantir o cuidado necessário ao usuário, é uma forma de cooperação das equipes. No caso da nossa análise em particular, para a desospitalização do usuário.

Ao tratarmos da divisão social do trabalho, nos remetemos sempre a Marx (1983), que problematizou o desenvolvimento do capitalismo e as formas que a divisão social do trabalho foi assumindo na sociedade moderna. Para o autor, a divisão social do trabalho cumpre o papel de organizar o trabalho coletivo na sociedade capitalista, mas implica sempre alto grau de fragmentação. No trabalho multiprofissional busca-se minimizar os impactos dessa fragmentação.

O trabalho multiprofissional no Hospital Universitário, em tese, deve ocorrer de diversas formas através dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), que são documentos elaborados por cada setor, como Serviço Social, Medicina, Enfermagem, Nutrição, entre outros. Esses procedimentos são utilizados como meio de comunicação interna entre as equipes e outras áreas. Eles estão disponíveis no sistema do hospital, podendo ser acessados por todos os profissionais em qualquer momento. O Serviço Social, por exemplo, possui POPs relacionados a situações de óbito, que descrevem os procedimentos a serem seguidos em caso de usuários sem documentação, indicando que o assistente social deve entrar em contato com a delegacia de paradeiro. Além disso, deixa explícito que o Serviço Social não deve informar a família sobre o óbito do usuário.

A Enfermagem elaborou um POP sobre a liberação de acompanhantes, no qual são descritos quais usuários têm direito ao acompanhante, os deveres e direitos do acompanhante dentro da instituição, e o que é permitido ou não levar para o usuário no leito. Há também um POP elaborado em conjunto por médicos e

assistentes sociais que estabelece protocolos de comunicação com a família, definindo claramente quais assuntos são de responsabilidade de cada profissão.

Os Rounds também são uma forma de multiprofissionalidade que ocorre em diversas clínicas médicas, onde cada clínica possui seus dias e datas específicas de realização. Nesse contexto, é fundamental que as demais equipes acompanhem o processo, a fim de se manterem atualizadas sobre a situação de cada usuário, priorizando os que apresentam mais demandas. Durante o Round, por exemplo, o médico pode comunicar ao assistente social que existe um usuário que possa estar em situação de violência doméstica ou indicando que o usuário vá precisar que o banheiro seja adaptado e sua residência não apresenta condições adequadas para atender à nova demanda do usuário. Há também a possibilidade de os médicos se comunicarem com profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional para discutir a situação do usuário e, posteriormente, realizar a articulação com o Serviço Social a fim de providenciar equipamentos como cadeiras de rodas, muletas, entre outros.

Reuniões são feitas entre as chefias de equipe para tentar mediar conflitos entre as equipes e usuários com as equipes, onde podemos citar a Comissão de Desospitalização como exemplo. No cotidiano do Hospital Universitário, observa-se que a multidisciplinaridade apresenta limites. Com exceção dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP's), que são documentos que dependendo da área não passam por constantes alterações, os Rounds e reuniões podem enfrentar muitos desafios em determinados setores. Por exemplo, os Rounds realizados em clínicas específicas na unidade de internação, muitas vezes acontecem em horários nos quais outras equipes não estão presentes ou não podem participar; há casos em que equipes médicas realizam Rounds às 5h da manhã, enquanto o Serviço Social, por exemplo, só inicia suas atividades às 7h. Em alguns casos, os Rounds são conduzidos de forma fechada e hierarquizada, com os médicos formando um círculo e as outras áreas ficando excluídas, tentando participar ou ter voz em algum momento. Por outro lado, existem andares nos quais os Rounds são conduzidos de maneira respeitosa, com os médicos e residentes reconhecendo o papel das demais equipes e repassando as demandas observadas por eles. As reuniões entre chefias muitas vezes dependem da capacidade de articulação do Staff; alguns conseguem estabelecer uma boa comunicação com outras equipes, enquanto outros enfrentam maiores dificuldades nesse aspecto.

Nas reuniões da Comissão de Desospitalização, estão presentes as chefias do Serviço Social, Medicina, Fonoaudiologia, Nutrição, Chefia de Apoio Assistencial, e outros setores que estejam disponíveis nas datas estabelecidas para os encontros. Durante essas reuniões, são discutidas estratégias para a organização do processo de desospitalização, visto que algumas equipes sentem os impactos da falta de articulação e buscam promover mudanças na instituição. No entanto, há a percepção de que alguns problemas estão relacionados à falta de profissionais em determinados setores. Cada setor está empenhado em cumprir suas atribuições, e vai além delas para viabilizar a efetivação do processo. Portanto, a Comissão representa a resistência das equipes em garantir a alta, que é um direito dos usuários, e reconhece a importância do trabalho multidisciplinar no processo da desospitalização.

3.2 - Importância do trabalho multiprofissional no processo de Desospitalização

Peduzzi (1998) afirma que a construção da ideia de trabalho em equipe na área da saúde está associada a três vertentes: a busca pelo conceito de integração, como estratégia do movimento da medicina preventiva, entre as décadas de 1950 e 1970; a utilização dos conceitos unicausalidade e multicausalidade no processo saúde-doença; e as conseqüentes transformações nos processos de trabalho, reformulando a finalidade do trabalho com o aumento dos objetos de intervenção e nos novos instrumentos e tecnologias na saúde.

Na década de 1950, nos EUA, foi sugerido um projeto de transformação na prática médica com intuito de redefinir o papel do médico e introduzir propostas curriculares para o ensino de graduação, ou seja, o trabalho em equipe multiprofissional seria submetido à liderança médica. Isso mudou devido às transformações ocorridas nas políticas de saúde, nos modelos assistenciais e nas políticas de recursos humanos em saúde, que influenciaram a concepção de 'trabalho em equipe'.

Na década de 1970, houve uma discussão focada nas políticas de saúde e recursos humanos, levando em consideração as necessidades de saúde da população brasileira. Nesse contexto, surgiram as críticas em relação à formação

especializada dos profissionais da saúde, ressaltando a importância de realizar abordagens que evidenciam a atuação multiprofissional, impulsionada pelo movimento da Reforma Sanitária.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi marcada a importância da equipe de saúde como uma aliança produtiva em substituição ao trabalho isolado de cada profissão. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi consolidada uma nova definição social e criado o SUS. O trabalho multiprofissional está associado à integralidade do SUS, já que possibilita a abordagem mais ampla do usuário. Segundo o Ministério da Saúde a integralidade é compreendida como:

[...] um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis e complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades. (BRASIL, 2005, p. 192)

O trabalho multiprofissional é indispensável no processo de desospitalização, e é de suma importância romper a dinâmica centrada apenas no médico, permitindo um serviço mais eficaz e integralizado. De acordo com Peduzzi (1998), na prestação de cuidados de saúde, os profissionais desempenham funções distintas no ponto de vista técnico e também em relação à valorização social. Portanto, é responsabilidade da instituição, dos chefes de setores e da própria equipe avaliar as atitudes, procurando alcançar o equilíbrio, reciprocidade no respeito e compromisso com a qualidade do serviço e assistência oferecidos aos usuários.

As equipes multiprofissionais organizam junto dos usuários e da família o planejamento da desospitalização. No Hospital Universitário, para o processo de desospitalização ocorrer, é necessário:

- Dados clínicos e laboratoriais do usuário;
- Saber como é a participação da família no processo de internação hospitalar;
- Ter os condicionantes para alta hospitalar;
- Saber sobre a rede familiar e apoio comunitário;
- Fazer conferências familiares e estabelecimento de metas conjuntas para a alta hospitalar;
- A definição em conjunto do espaço de cuidar extra hospitalar (domicílio, lares de longa permanência, entre outros);
- Ter a infraestrutura necessária (medicamentos, equipamentos mobiliários, entre outros);

- Ter uma organização cotidiana do cuidar;
- Treinamento do cuidador.

É preciso ter os dados clínicos para compreender a seriedade da doença do usuário e identificar possíveis condições médicas que necessitem de acompanhamento após a alta hospitalar. Os dados fornecem uma visão geral do estado de saúde atual, municiando informações sobre diagnósticos, condições médicas subjacentes, resultados de exames físicos e outras informações relevantes. Para proporcionar cuidados centrados no usuário e na família, a equipe multiprofissional deve compreender o contexto familiar do usuário. Isso significa considerar os aspectos como a dinâmica familiar, recursos financeiros, o apoio disponível, valores, crenças, cultura, entre outros.

Esse entendimento permite que a equipe concilie o plano de cuidados de acordo com as preferências e necessidades da família e do usuário. Identificar os condicionantes ajuda a evitar a reinternação, pois garante que o usuário está suscetível para receber alta hospitalar em termos clínicos, financeiros e na rede de apoio. Nas reuniões familiares, a equipe multidisciplinar pode também identificar as necessidades ou preocupações específicas da família em relação ao processo da alta. Assim, as conferências podem levar a um plano de cuidados mais completo e adaptado às circunstâncias do usuário.

É de extrema importância ter o conhecimento sobre a infraestrutura, pois ela quem permite identificar os equipamentos médicos necessários, recursos de higiene, medicamentos indispensáveis e assim possibilitar a articulação com outras instituições para atender às demandas individuais de cada usuário, que podem ser divergentes. É importante abordar a rotina dos familiares/cuidadores na organização diária. Proporcionar capacitação aos cuidadores é uma maneira de garantir que estejam prontos para administrar medicamentos, realizar curativos e deixá-los orientados sobre os direitos do usuário em questões previdenciárias ou assistenciais durante o período de cuidados.

O planejamento nem sempre obtém sucesso, visto que, em algumas situações, o usuário pode não ter uma rede de apoio ou recursos financeiros necessários para sua alta, o que acarreta na desconstrução do planejamento inicial. Assim, as equipes tendem a direcionar a responsabilidade exclusivamente ao Serviço Social, o que acarreta em uma limitação para as assistentes sociais, uma

vez que as políticas sociais existem, porém a efetividade delas nem sempre é garantida.

3.3 Limites e potencialidades do Serviço Social no processo de desospitalização em um Hospital Universitário

Existem contradições presentes no tange a atuação do Serviço Social em qualquer espaço sócio-ocupacional e, no processo de desospitalização não seria diferente. O trabalho de assistentes sociais se realiza em condições concretas histórica e institucionalmente determinadas, o que significa dizer que tanto as expressões da questão social como a correlação de forças e contextos institucionais implicam o fazer profissional.

A expressão “questão social” surgiu na Europa Ocidental, no cenário de profundas transformações devido à primeira onda de industrialização, iniciada na Inglaterra no final do século XVIII, denominada de pauperismo. O caráter novo desse fenômeno dava-se justamente por que a pobreza iniciou seu crescimento proporcionalmente à capacidade social de produzir riquezas (Netto, 2001).

Numa palavra, a pobreza acentuada e generalizada no primeiro terço do século XIX - o pauperismo - aparecia como nova precisamente porque ela se produzia pelas mesmas condições que propiciavam os supostos, no plano imediato, da sua redução e, no limite, da sua supressão. A designação desse pauperismo pela expressão “questão social” relaciona-se diretamente aos seus desdobramentos sócio-políticos. (NETTO, 2001, p.43)

Esse processo também foi acompanhado do processo paulatino da tomada de consciência de classe do proletariado que começou a representar uma ameaça para a ordem burguesa que estava se consolidando e para as instituições sociais. “Foi a partir da perspectiva efetiva de uma eversão da ordem burguesa que o pauperismo designou-se como “questão social.” (NETTO, 2001, p.43). A questão social revela diversas desigualdades sociais criadas na sociedade capitalista estabelecida, as quais não seriam possíveis de serem enfrentadas sem a mediação do Estado. Seu aprofundamento se dá a partir do caráter coletivo da produção que se contrapõe com a apropriação privada da riqueza socialmente produzida e dos recursos necessários para sua concretização.

O desenvolvimento capitalista, produz, compulsoriamente, a “questão social” - diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da “questão social”; esta não é uma sequela adjetiva ou transitória do regime capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante. (NETTO, 2001, p.45)

A cada atualização de seu desenvolvimento, a exploração cria expressões sócio-humanas gradativamente mais complexas e diversas. Para Pereira, alguns profissionais do Serviço Social ainda não compreendem a questão social e enxergam ela como:

“[...] a representação de *crises, tensões, desafios, riscos, vulnerabilidades, desconstruções, discriminações, aporias*, que efetivamente existem e castigam grande parte da humanidade. Até a falta da participação social - um dos elementos-chave (ao lado da conscientização) da constituição da *questão social* - é, muitas vezes, considerada muitas vezes como tal.” (PEREIRA, 2001, p. 57)

Segundo Yazbek, a expressão da questão social mais bárbara é a pobreza, pois está no nosso cotidiano. Os vestígios dos efeitos negativos das mudanças no capitalismo contemporâneo vão se tornando perceptíveis na vida dos subalternizados, mostrando os limites da condição de vida da população atingida. O capitalismo “resolve” a questão social por meio da violência direcionada aos empobrecidos, combinando coibição e assistência focalizada.

“A força e o alcance das políticas de destruição democrática feitas em nome da própria democracia, com sua eficácia em encolher o mundo público feita em nome da liberdade, com a redução da cidadania aos bens sucedidos no empreendimento privado mercantil, com o desprezo público pelas instituições universais de representação e negociação coletivas dos interesses proferido em nome da modernidade, com o constante solapar dos direitos sociais e trabalhistas feito em nome da justiça” (Paoli, 1990:10), despolitiza o reconhecimento da questão social brasileira, como expressão de relações de classe e nesse sentido desqualifica-a como questão pública, questão política, questão nacional, numa sociedade privatizada que desloca a pobreza para o “lugar da não política, onde é figurada como um dado a ser administrado tecnicamente ou gerido pelas práticas da filantropia” (Telles, 1998:15 apud YAZBEK, 2001, p. 37)

Essa desconstrução do caráter público dos direitos dos empobrecidos em conjunto com a despolitização, estão entre os principais responsáveis pela degradação dos serviços e limites das políticas sociais. Logo, como respostas imediatas às expressões da questão social são articulados a assistência focalizada e até mesmo o chamado “terceiro setor”.

Assim o “modelo” é um Estado que reduz suas intervenções no campo social e que apela à solidariedade social, optando por programas focalistas e seletivos caracterizados por ações tímidas, erráticas e incapazes de alterar a imensa fratura entre necessidades e possibilidades efetivas de acesso a bens, serviços e recursos sociais. Cresce o Terceiro Setor. Aparece com força a defesa de alternativas privatistas para a questão social, envolvendo a família, as organizações sociais e a comunidade. (YAZBEK, 2001, p. 37)

Dessa maneira, o assistente social tem o papel de implementar programas, projetos, ações, serviços, benefícios podendo, assim, atuar na viabilização do acesso aos direitos sociais, porém enfrenta barreiras em suas ações devido à escassez de recursos, condições e meios de trabalho necessários para implementar as políticas e os serviços sociais públicos. Vale ressaltar também que o Hospital Universitário atende toda a população, independente da classe social, mas a maioria dos usuários são de segmentos mais empobrecidos da classe trabalhadora e que sofrem o atravessamento das diversas expressões da questão social que influenciam no processo saúde/doença.

Os limites enfrentados pelo Serviço Social na instituição incluem problemas internos entre a própria equipe, conflitos com outras equipes e burocracias institucionais. A equipe de Serviço Social tem sido reduzida devido a diversos fatores, tais como aposentadorias, licenças médicas, licenças para acompanhamento de cônjuge e licenças para capacitação. Esses fatores influenciam na qualidade do atendimento, uma vez que a equipe se vê obrigada a priorizar determinadas demandas e não consegue atender a todos os usuários de forma igualitária. Além disso, a divergência nos regimes de contratação, entre RJU's, extraquadros e terceirizados, gera desconforto entre os profissionais, podendo resultar em falta de motivação, insegurança e desconforto, o que pode gerar sofrimento mental.

É perceptível que profissionais com contratos fragilizados muitas vezes procuram demonstrar sua competência teórico-metodológica com a maior qualidade possível do seu atendimento. Isto porque, por ter seu vínculo fragilizado, precisam estar a todo momento mostrando a eficiência de suas ações para se respaldar de qualquer possível desligamento. Com isso não afirmamos que profissionais que possuem a estabilidade garantida não tenham esse compromisso, no entanto, podemos compreender que vivenciar as mesmas situações durante anos pode desgastar emocionalmente e fisicamente os profissionais que, infelizmente, acabam desmotivados.

Em relação às outras equipes, alguns profissionais não demonstram o devido respeito ao trabalho do assistente social, o que limita o tempo disponível para agilizar o processo de desospitalização. Portanto, o assistente social necessita se afirmar constantemente, explicando claramente sua profissão e atribuições privativas. Isso ocorre devido à subalternização da profissão, que acontece está

relacionada a construção sociohistórica do Serviço Social e do lugar que ocupamos na divisão social e técnica do trabalho. A profissão, no Brasil, foi influenciada pelo Serviço Social norte-americano, sob agência importante de Mary Richmond, que contribuiu tanto na institucionalização do ensino quanto na profissionalização do Serviço Social nos Estados Unidos evidenciando a abordagem individual. Richmond se baseou no trabalho pioneiro de Florence Nightingale, conhecida por ser pioneira na enfermagem, para formar visitadoras domiciliares, que faziam o diagnóstico social por meio do inquérito individual realizado no próprio domicílio.

Esse trabalho, pautado numa doutrina funcionalista e positivista, direcionou o perfil dos profissionais formados nessa época nas escolas brasileiras, visando ao “ajustamento” dos indivíduos à sociedade. As ações na área da saúde seguiam o mesmo enfoque de abordagem individual e curativa, desde o processo de institucionalização e legitimação do Serviço Social no Brasil, com a criação e o desenvolvimento das grandes instituições sociais e assistenciais – a saúde ainda não era o setor de maior concentração de assistentes sociais. Com ações centradas em hospitais e ambulatórios, os assistentes sociais não foram absorvidos nos centros de saúde de imediato. A mudança desse quadro só começará a tomar corpo a partir de 1975, com o caráter contraditório entre demanda e oferta da ampliação dos serviços de assistência médica hospitalar (BRAVO; MATOS, 2004). (BARBOSA, 2019, p. 245).

Além disso, Bravo (2007) destaca esse fato ao mencionar que, na constituição do segmento da saúde, o assistente social foi marginalizado e excluído face a contestação do tradicionalismo profissional. Na primeira escola de Serviço Social chilena, por exemplo, o papel do profissional era ser um sub técnico que deveria colaborar com os médicos. Existe também outro fato ligado à subalternização:

[...] cujo principal protagonista é o médico, com as demais profissões consideradas, durante muito tempo, como ‘paramédicos’, situação decorrente da divisão social do trabalho na sociedade capitalista. Outro aspecto ligado à subalternidade é a condição feminina da profissão. (BRAVO, 2001, p. 124).

Do ponto de vista do cotidiano profissional na Instituição em análise, a falta de comunicação eficaz entre as equipes é evidente, visto que nem todas elas registram informações no prontuário, resultando em altas hospitalares sem comunicação, o que pode acarretar graves consequências para o paciente.

No primeiro semestre de 2023, foram registradas 87 altas sem comunicação, o que demonstra a urgência em melhorar esse aspecto para garantir a segurança e a qualidade do atendimento².

Na sequência vamos sistematizar situações acompanhadas no estágio, para explicar melhor os limites do Serviço Social no cotidiano institucional³:

O caso que foi abordado ocorreu devido a uma falha de comunicação entre as assistentes sociais do 10º andar devido a sobrecarga do cotidiano e a falta de encontro para debaterem sobre as demandas do andar e com essa falha a chefia precisou intervir no caso, até mesmo para respaldar a equipe do Serviço Social, pois caso acontecesse algo com o usuário a responsabilidade nesse sentido cairia sob o Serviço Social.

Fernando, um homem branco de 55 anos, solteiro, com ensino médio incompleto e que tem como renda o valor inferior a um salário mínimo proveniente do Bolsa família e mais uma quantia que ele ganha por fazer trabalhos informais, mas que, à época não chegava a um salário mínimo. Não possui residência e dorme em hotéis da prefeitura no Centro da cidade pagando por noite R\$45.

Fernando foi atropelado na Zona Norte e socorrido pelo SAMU e levado para o um hospital público, mas devido sua situação física naquele momento, foi transferido para o Hospital Universitário para fazer a cirurgia que era considerada complexa. Chegando lá, em dezembro de 2023 fizeram a cirurgia e liberaram ele. Fernando explicou que não tinha para onde ir e nem quem o auxiliasse durante o pós cirúrgico, então o médico da ortopedia deixou ele ficar lá até o ano novo. Por se tratar de um hospital universitário, no período de férias o movimento costuma diminuir muito, sem grandes demandas. Quando passou o período de férias e o hospital foi voltando a sua rotina, ele ainda estava “ocupando” o leito, pois não tinha para onde ir, e como ele já estava de alta médica, os médicos falaram que ele era um “caso social”. O residente de ortopedia foi até o Serviço Social falar o que estava acontecendo e então a chefia resolveu intervir já que ocorreu situações indevidas por fragilidade na atuação da equipe do 10º andar.

A precarização do trabalho das assistentes sociais afeta os atendimentos. A equipe está reduzida e tendo que dar conta de muitas demandas, o que pode

² Dado retirado de minhas anotações pessoais no Seminário de Desospitalização e trabalho multiprofissional do Hospital Universitário que ocorreu no dia 18/07/2023.

³ Dados retirados do trabalho de OTP IV, utilizando nome fictício, visando preservar a identidade do usuário.

impactar na qualidade do atendimento. A intensificação do trabalho tende a levar a uma espécie de cotidiano alienado ou reduzido ao atendimento às demandas espontâneas do usuário ou familiar que bate na porta da sala ou escolhendo AVS que julgam ser mais importantes.

No nível do cotidiano, na imediaticidade da prática, nas respostas instrumentais, desaparecem os fundamentos teóricos que servem como orientação à escolha dos meios e a clareza das finalidades da própria intervenção profissional. Ao limitar sua intervenção a responder demandas imediatas, a profissional aciona uma racionalidade instrumental, cuja finalidade está em responder ao “faça”, como um imperativo da maneira como o profissional vivencia as demandas do cotidiano. (GUERRA,2013, p. 127).

A problematização aqui não é sobre o residente ter ido buscar o Serviço Social, pois o médico também tem contato com o usuário e percebendo antes também pode entrar em contato com a assistente social sinalizando a situação. A problematização aqui é sobre o tempo que o usuário estava no hospital e não foi acompanhado em nenhum momento. A equipe poderia pedir para a chefia traçar estratégias, fazer um planejamento para conseguir filtrar os casos onde há uma necessidade de acompanhamento mais sistemático. Como aponta Guerra (2013) sobre a importância dos momentos de suspensão do cotidiano para reflexão do trabalho, para sistematização da prática profissional e proposição de alternativas. É evidente que não é apenas esse o fator que altera a direção do trabalho profissional, pois as condições objetivas também são determinantes.

Fernando, desde que operou, teria que ficar 2 meses sem colocar o pé no chão, fazer fisioterapias e acompanhamentos com terapeuta ocupacional. Quando a chefia fez a entrevista social e conheceu toda a história dele, contataram o coordenador médico do Hospital Universitário, para pedir a suspensão da alta do usuário, pois sua saída o colocaria em riscos que poderiam, inclusive, se reverter em problema para todas as equipes que o acompanharam. Houve, então, a reunião com o coordenador e o médico chefe da ortopedia, que foi muito rude com a chefia do Serviço Social, reclamando que nunca suspenderam uma alta hospitalar dele e lá foi explicado os motivos de risco que poderia dar tanto para o usuário quanto para as equipes.

Fernando possuía duas referências (ex-cunhada e sobrinha), mas ambas não poderiam ficar com ele por motivos pessoais, logo, Fernando não teria quem o auxiliasse nesse pós-cirúrgico. A chefia tentou articular com outros setores como a

Central de Recepção de Jovens e Adultos da Secretaria Municipal de Assistência Social, mas não obtiveram resposta. Houve também o contato com o CREAS, mas foi informado que o perfil do Fernando não se encaixava no acolhimento, devido a ele se encontrar dependente de cuidados. Houve tentativa de contato com a direção do Centro Provisório de Acolhimento para pessoas em situação de rua no Centro, mas também não conseguiram o contato.

Enquanto ocorria as tentativas de articulações, Fernando se escondia no Hospital Universitário para não receber alta e estava começando a ter embates com outros usuários e equipe de enfermagem, pois estava sendo julgado como se fosse da vontade dele estar ali ocupando vaga de outros pacientes, que julgavam precisar mais que ele. Uma situação vexatória que atenta contra os direitos do paciente.

Ele relatou isso ao Serviço Social e foi acolhido e encaminhado para fazer uma denúncia sobre o que vinha passando na Ouvidoria. Quando todas as opções foram esgotadas, a equipe do Serviço Social fez um parecer social apontando que não era possível a alta. A fisioterapia também fez parecer explicitando que ele não estava apto fisicamente. Ao fim desses processos, cancelaram a alta e deixaram ele ficar lá até terminar seu tratamento. Ele precisaria também de muletas, então foi feito contato com as Clínicas da Família que não tinham no momento. Fernando também não teria dinheiro para arcar com o aluguel da muleta por não poder ir ao banco buscar seu Bolsa Família e nem estava com seus documentos, pois ficaram no hospital anterior. Fernando ficou quase 2 meses internado no Hospital Universitário e saiu por conta própria do hospital, sem avisar ninguém. Quando o médico residente foi entregar as muletas que conseguiu para ele, percebeu que ele tinha ido embora e levado suas coisas, ao que avisou ao Serviço Social.

Nesse caso houve como instrumentos como: AVS, acolhimento, articulação intersetorial, trabalho multiprofissional. O caso do Fernando é elucidativo do atravessamento de várias expressões da questão social: baixa escolaridade, desemprego, trabalho informal, pobreza, falta de habitação, violência institucional (tanto por parte do Estado, que não fornecia tudo o que ele precisava, como por parte da equipe de enfermagem e outros pacientes que julgavam a situação dele).

Apesar de todo esforço da equipe, possivelmente os constrangimentos e/ou outros determinantes como inexistência de serviços demandados, instrumentos necessários (como as muletas), acesso ao seu benefício (Bolsa Família) levaram a

esse desfecho, mas ficou evidente toda atuação do Serviço Social na busca pela garantia da sua permanência no Hospital com acesso ao tratamento necessário.

Outra situação que apresentaremos⁴ se trata de usuário em situação de rua, sem contato familiar, mas que em algumas vezes ia até sua residência. Foi trazido para o Hospital Universitário por bombeiros, possuía agravo na saúde, foi admitido pela emergência. O Serviço Social, ao longo da internação, com o objetivo de remontar a trajetória de atendimento do usuário, foi ao território para busca de informações relacionais. Providenciou a emissão dos documentos de identificação civil e planejou a desospitalização e o cuidado do pós-alta, porém foi uma internação com durabilidade de 2 anos devido o usuário apresentar questões psiquiátricas e o hospital não conseguir de forma imediata a transferência, por não ser um hospital inserido no RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Foram feitas as seguintes articulações por parte do Serviço Social:

- Coordenadoria de Assistência social e Direitos humanos;
- CREAS;
- Equipe do ambulatório de população de rua do município do Rio de Janeiro;
- Clínica da família;
- CAPS;
- Centro de perícias médicas;
- SMS do Rio de Janeiro;
- Delegacia de descoberta de paradeiros;
- Ouvidoria da polícia civil do Rio de Janeiro;
- Diretoria da divisão de desaparecidos da secretaria municipal de Direitos Humanos e cidadania da prefeitura de São Paulo;
- Seção de subregistro da justiça itinerante;
- Defensoria Pública;
- DETRAN;
- Zona Eleitoral;
- Receita Federal;
- Procuradoria Federal;

⁴ Caso acompanhado durante período de estágio e alguns dados retirados também do Seminário de Desospitalização e trabalho multiprofissional do Hospital Universitário que ocorreu no dia 18/07/2023.

- Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso;
- 3ª Promotoria de Justiça de Proteção à pessoa idosa da capital;
- Assessoria técnica do Hospital Universitário.

O usuário apresentava uma questão psiquiátrica, mas nada que afetasse seu físico, pois conseguia fazer suas atividades cotidianas, como comer, tomar banho sem auxílio. Não tinha realmente nenhum familiar e não tinha razões clínicas para continuar hospitalizado no Hospital Universitário. O relatório circunstanciado e relatório médico foram encaminhados à instância com vistas à curatela provisória, aposentadoria por invalidez e inserção na fila de residências terapêuticas do município. Foi um processo lento e burocrático, mas o usuário foi desospitalizado e sua nova moradia é em uma residência terapêutica.

No primeiro caso que apresentamos ocorreram diversos fatores que fizeram com que a desospitalização não obtivesse sucesso, resultando na evasão do usuário. No segundo caso, mesmo que a desospitalização tenha sido lenta, houve resultado positivo. As políticas sociais estavam presentes, porém em momentos específicos houve falha nas redes.

O Serviço Social atua em uma contradição, já que sua prática está associada a uma das funções que a ordem burguesa designou à profissão: manter as relações capitalistas de produção. As políticas sociais atuam como meio de controle da ordem social e utilizam os assistentes sociais para sua implementação. A questão social é adaptada pelos traços culturais brasileiros, tendo como destaque o clientelismo, então os trabalhadores foram historicamente vistos como sujeitos subalternizados que recebiam benefícios e favores, ao invés de serem vistos como cidadãos com direitos.

O Serviço Social tem sua potencialidade no processo de desospitalização, apesar da contradição, possui um Código de Ética Profissional (1993), que tem como um dos seus princípios fundamentais a valorização da liberdade como valor ético central e também reconhece o direito dos indivíduos sociais à sua autonomia, buscando sua emancipação e defendendo os direitos humanos de forma intransigente. O assistente social é um profissional que pode analisar as condições de vida dos usuários, por meio de sua abordagem teórico crítica, o que lhe permite compreender e evidenciar as diferentes dimensões da questão social presentes no cotidiano.

Além da capacidade teórico-crítica, a dimensão investigativa é fundamental para que o profissional consiga entender as demandas do usuário, rompendo com as rotinas e burocracias estereis e potencializando a coleta de informações nos atendimentos. Para intervir na realidade do usuário, é fundamental que o profissional conheça e se aproxime o máximo possível da totalidade do seu contexto de vida se desprendendo de seus valores morais pessoais. Dessa forma, é possível identificar como a questão social tem influenciado a vida material, a cultura, a sociabilidade e a dignidade da população atendida no Hospital Universitário.

Os dados obtidos pelos profissionais, a partir dessa dimensão investigativa, conseguem dar a potencialidade de o assistente social trabalhar sua estratégia para intervir por meio de programas e projetos, em conjunto com usuários e familiares, buscando diminuir os impactos causados pelas expressões da questão social.

O conhecimento pode partir do senso comum, mas tem que ir além dele. Há que se incorporar este conhecimento, porém, analisá-lo criticamente, negá-lo (o que significa dizer que há mais coisas sobre o objeto do que estamos supondo) e elevá-lo a um novo patamar, o que significa agregar conhecimentos novos, às vezes, abrir mão de velhos preconceitos. (GUERRA,2009,p.6)

O usuário nem sempre revela todas as informações de maneira imediata, sendo necessário construir um vínculo com ele e sua família, explicando o direito que eles têm ao sigilo para, gradualmente, conseguir obter mais informações sobre as necessidades que afetam o afetam, suas relações familiares, rede de proteção social local, serviços e benefícios a que tem acesso, de modo a dar os encaminhamentos mais favoráveis.

Dessa forma, é possível observar que os assistentes sociais podem, dentro de certos limites, reduzir os efeitos da desospitalização, acionando políticas sociais existentes, socializando informações sobre direitos do paciente no tange sua doença específica, construindo redes de intersetorialidades, entre outros. Apesar das redes apresentarem falhas, o profissional pode também articular e mobilizar as organizações da sociedade civil, como ONGs, para garantir o acesso a determinados bens e serviços.

Considerações finais

Este estudo permitiu a reflexão acerca do trabalho multiprofissional, focando no Serviço Social durante o processo de desospitalização em um Hospital Universitário. Diante do que foi exposto pode ser concluído que a história da saúde pública no Brasil está intrinsecamente conectada aos contextos políticos e sociais de cada período. Foi somente em 1930 que se iniciaram as mudanças significativas em termos de políticas sociais, devido à reorganização do papel do Estado, conduzindo a expansão do sistema previdenciário.

De 1945 a 1950 ocorreu a consolidação da Política Nacional de Saúde; em 1966 com os militares estando no poder, após o golpe civil-militar de 1964, instituíram o Instituto Nacional de Previdência Social e o Fundo de Assistência Social na década de 1970. Já em fins da década de 1970, com fortalecimento do Movimento pela Reforma Sanitária e enfraquecimento dos militares, ocorreram as Conferências Nacionais, mas, foi somente na década de 1980, com o processo de redemocratização que a saúde começou a ser valorizada politicamente, ocorrendo em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, que serviu de base para a criação do SUS.

O direito à saúde só se efetivou após a promulgação da CF88, e o SUS se tornou realidade regulamentada por meio da Lei nº 8080, ou seja, o papel do Estado, das instituições governamentais e a participação da população foi fundamental na composição do sistema de saúde brasileiro, trazendo influencia diretamente na organização e acesso aos serviços de saúde.

No que tange a constituição dos processos de desospitalização, depreendemos que se tratou, no Brasil, de um processo complexo e, continua sendo, pois não envolve apenas a criação de programas e legislações, mas também a precisão de uma abordagem mais ampla, que leve em consideração as condições sociais e de vida dos usuários.

A Política Nacional de Humanização, junto com a Assistência Domiciliar e outros programas, simbolizam os avanços importantes no fortalecimento do direito à desospitalização. Apesar desses avanços ao longo dos anos, ainda existem dificuldades que precisam ser superadas, como a desigualdade no acesso aos

serviços de saúde, a precarização do sistema público, a falta de entrosamento entre as equipes multiprofissionais, a privatização da saúde, as expressões da questão social que atravessam a vida dos usuários e de seus familiares.

Este estudo permitiu a reflexão sobre a importância do trabalho multiprofissional no processo de desospitalização e, através da sistematização de estágio ora apresentada, demonstrar que, na Instituição em que ocorreu o estágio, tal processo não se dá sempre de maneira eficiente. Entre outros elementos, devido às condições estruturais de sucateamento dos serviços públicos e precarização dos processos de trabalho, aliadas a intensificação e intensificação das atividades laborativas das profissões envolvidas; à falta de comunicação entre as diferentes áreas e o respeito mútuo que é necessário para o efeito desse processo; às diversas intenações prolongadas serem consideradas “casos sociais”; as equipes acabam colocando como se fosse um assunto apenas para o Serviço Social resolver.

Diante de todo o trajeto histórico e das transformações pelas quais o Serviço Social passou ao longo dos anos, é evidente a importância e relevância da profissão nos hospitais e na promoção da saúde. A atuação do assistente social no ambiente hospitalar é de suma importância para a garantia do acesso às informações necessárias, à assistência integral, não considerando apenas as questões clínicas, mas também as variáveis socioeconômicas e culturais que influenciam no processo de saúde do usuário. Sendo assim, as ações dos assistentes sociais contribuem para a democratização do acesso aos serviços de saúde e para ao acesso à justiça social e dignidade humana. Contudo, existem os limites para a equipe do Serviço Social que vai desde à falta de comunicação com as outras equipes, o tratamento dos médicos com o usuário como se o usuário fosse apenas o quadro clínico presente, não considerando sua totalidade, a subalternização da profissão, a precarização do trabalho e às políticas sociais que existem mas nem sempre conseguem atender e responder às demandas dos usuários.

É notável que não se pode proceder à culpabilização dos sujeitos profissionais pelos entraves e limites no processo de desospitalização, mas é possível a adoção de estratégias para atenuar determinadas fragilidades. É fundamental, assim, que todas as áreas de atuação relacionadas à ao campo da

saúde ressaltem a importância do trabalho em equipe multidisciplinar durante a formação acadêmica. Isso poderá contribuir para que os profissionais estejam preparados para colaborar de maneira eficaz e responsável ao se inserirem no ambiente de trabalho. Além disso, é fundamental que os profissionais mais experientes estejam abertos a novas perspectivas e deem ouvidos às opiniões dos residentes que possuem a experiência do trabalho em equipe de maneira mais recente, ao invés de impor modelos de trabalho fechados, que é o que ocorre em algumas áreas. É essencial também que os médicos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outras equipes de saúde coletem dados quantitativos e qualitativos sobre a situação dos usuários, com intuito de encaminhar aos órgãos responsáveis pelo desenvolvimento de políticas públicas, para pensarem estratégias mais eficazes que atendam às necessidades da população atendida em Hospitais Universitários e em outras instituições com desafios semelhantes.

Se o trabalho multiprofissional for desenvolvido da melhor maneira possível e a equipe como um todo perceber que o usuário é um caso de maior demanda, será viável construir um plano de cuidado individualizado, havendo o suporte e o acompanhamento do Serviço Social. Assim, poderá contribuir para a redução do índice de reinternação, promovendo a qualidade de vida deste usuário. Tendo o acompanhamento e orientação da equipe multiprofissional no momento da desospitalização, o usuário tem suas possibilidades de conquista de autonomia no dia a dia ampliadas, fortalecendo o vínculo com a família e desenvolvendo habilidades sociais para o seu cotidiano.

Quando há assistentes sociais associados a processos de desospitalização é possível, inclusive, levar a uma economia de recursos financeiros já que diminui as demandas de reinternações. Entretanto, o principal objetivo do Serviço Social sempre será contribuir com a garantia do acesso aos direitos do paciente, ampliação do escopo do alcance às políticas sociais, expansão de sua autonomia e liberdade.

Referências Bibliográficas

ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa**. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 205-31, 2006.

Bianco, I. G. S. **Trabalho em rede no processo de desospitalização: construindo caminhos para a garantia de direitos**. 2020. 115 f Dissertação (mestrado)– Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2020.

BRAGA, Ialê Falleiros et al. **A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI**.

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

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. Capacitação para Conselheiros de Saúde-textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Política de saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, v. 3, p. 1-24, 2006.

CASTELO, Rodrigo. **Supremacia rentista no Brasil neoliberal e a violência como potência econômica**. Revista Universidade e Sociedade. Sindicato Nacional dos docentes do ensino superior, ano XXVII, no60. Julho de 2017.

CFESS. **Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais**. Distrito Federal, 2009. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf . Acesso em: 29 de dezembro de 2023.

DA CUNHA, Carmen Lúcia Nunes. **A CENTRALIDADE DA FAMÍLIA NAS POLÍTICAS SOCIAIS: um olhar do assistente social**.

DE SOUSA, Maria Fátima. **A Reforma Sanitária brasileira e o Sistema único de Saúde**. Tempus–Actas de Saúde Coletiva, v. 8, n. 1, p. ág. 11-16, 2014.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 7–14, 2004.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica**. Revista Katálysis, v. 16, p. 83-91, 2013.

FARIAS, V.E. **Conflito intragrupal entre equipe saúde da família e residente multiprofissional em saúde da família: Um estudo quantitativo**. 2023. 68 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família) - Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2023.

FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda. **Na prática a teoria é outra**. _____.(Org.). Serviço Social: temas, textos e contextos, v. 4, p. 3-22, 2010.

GUERRA, Inês. **O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar**. Public Sciences & Policies, v. 3, n. 1, p. 57-79, 2017.

GUERRA, Y. **Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional: significado, limites e possibilidades**. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (Org). Projeto ético-político e exercício profissional em Serviço Social: os princípios do Código de Ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais. Rio de Janeiro: CRESS, 2013. p. 123-135.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 701-718, 2009.

HELENA, Moara Monteiro Sant’; PASSOS, Aricia Furlanetto dos; COSTA, Cristina Bleichvel; KRUEGER, Tania Regina. **DA REFORMA SANITÁRIA ÀS PRIVATIZAÇÕES: DISCUTINDO A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis. 2013.

JUNIOR, Edivaldo Góis. **Movimento higienista e o processo civilizador: apontamentos metodológicos**. X simpósio internacional processo civilizador. Campinas: Unicamp, 2007.

MATHIAS, Maíra. Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura [Entrevista]. Centro de Estudos Estratégicos da Fio Cruz Antonio Ivo de Carvalho, 10 abril 2021. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>>. Acesso em: 27 setembro 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde no Brasil. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2005parte1.pdf>. Acesso em: 18 de março de 2024.

MIOTO, R. C. T. **Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais**. Revista Virtual Textos e Contextos, nº 3, 2003.

NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito da “Questão Social”**. Temporalis, Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 41-49, jan./jul. 2001.

O QUE é o SUS?: Sistema Único de Saúde do Brasil: Princípios e diretrizes | Paulo Sérgio. Florianópolis, 2018. 1 vídeo (8 min). Publicado pelo Canal Politize!.

Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=2fpRaU8VklE>>. Acesso em: 14 set. 2023.

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 (Impresso), v. 21, p. 15-35, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?lang=pt>>. Acesso em: 12 de setembro de 2023.

PEDUZZI, Marina. **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE: A INTERFACE ENTRE**. 1998. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas.

PEREIRA, P. A. P. **Cinco notas a propósito da “Questão Social”**. Temporalis, Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 51-61, jan./jul. 2001.

POSSAS, Cristina. **Universalização da saúde: conquistas do SUS, desafios e reforma sanitária em tempos de COVID-19**. Fórum UFRJ em Revista. Disponível em: <<https://emrevista.forum.ufrj.br/universalizacao-da-saude-em-tempos-de-covid-19-conquistas-do-sus-desafios-e-reforma-sanitaria/>>. Acesso em: 13 de setembro de 2023.

SOUSA, M. F. DE. **A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde**. Tempus – Actas de Saúde Coletiva, v. 8, n. 1, p. Pág. 11-16, 28 mar. 2014.

SUS - MAPA MENTAL DA HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL. Amapá, 2021. 1 vídeo (12 min). Publicado pelo CURSO BM. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=vFdJOnymu8c&t=96s>>. Acesso em: 14 set. 2023.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Cinco notas a propósito da “Questão Social”**. Temporalis, Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 33-40, jan./jul. 2001.