



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

RAFAELLA DE SOUSA NEVES

**SERVIÇO SOCIAL E A DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES COM VÍNCULOS
FAMILIARES FRAGILIZADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO
FEDERAL**

BRASÍLIA

2023

RAFAELLA DE SOUSA NEVES

**SERVIÇO SOCIAL E A DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES COM VÍNCULOS
FAMILIARES FRAGILIZADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO
FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de graduação em
Serviço Social da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Guedes de
Souza

BRASÍLIA

2023

RAFAELLA DE SOUSA NEVES

**SERVIÇO SOCIAL E A DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES COM VÍNCULOS
FAMILIARES FRAGILIZADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO
FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de graduação em
Serviço Social da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cristiano Guedes de Souza (Orientador)

Universidade de Brasília-UnB

Leticia Maria Ferreira

Assistente Social HUB/HRC-CRESS-2989/8ªRegião

Prof.^a Dr.^a Lucélia Luiz Pereira

Universidade de Brasília-UnB

BRASÍLIA

2023

Dedico este trabalho em memória de todos aqueles que se encontravam em internação social e vieram á óbito sem a devida resolutividade de seu caso.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer, à mim mesma, por tamanha força, coragem e determinação que mesmo em meio a todos os motivos possíveis para desistir dessa graduação, consegui chegar ao final dela.

À Deus, pois sem a permissão Dele nada acontece. O mesmo foi minha fortaleza e meu consolo mediante aos momentos difíceis da minha vida e também nos momentos de alegria.

À minha mãe, Luzenira, que foi o meu maior exemplo de força, sempre acreditou em mim e no meu potencial, obrigada por tudo que fizestes por mim e meus irmãos.

À minha irmã Beatriz, que foi calma e meu porto seguro em meio ao furacão da graduação, foi ela quem esteve comigo nos momentos de alegria e também nos momentos de tribulações, sempre foi minha leitora número um, minha maior incentivadora.

Agradeço especialmente, ao meu irmão Jonathan e minha cunhada Kessy, que graças ao seu apoio durante o momento mais difícil de nossas vidas, me permitiram chegar até aqui, pois propiciaram que eu não precisasse trancar a faculdade.

Às minhas amigas de longa data: Joice, Isabela, Jane, Kayama e em especial a minha amiga Isadora, que sempre esteve disponível para me auxiliar quando necessário com o que estava ao seu alcance, esteve ao meu lado em um dos momentos mais difíceis da minha vida e da minha faculdade, obrigada amiga por todos os almoços que fizestes pra mim quando eu retornava pra casa cansada dessa jornada. Gostaria de deixar registrado o meu muito obrigada a Kayama que mesmo tendo partido desse plano, durante o tempo que esteve comigo, sempre se orgulhou de mim e me acolheu, sei que de onde estiver está muito feliz com essa conquista.

Às amigas que fiz durante a graduação: Camilla e Geovana. Agradeço especialmente a Geovana, dividiu comigo esse árduo período da graduação, minha companheira de estágio ao qual compartilhou comigo os medos e aprendizados, uma amizade que fluiu para além da UnB, foi ela que esteve comigo em todos os momentos de perrengue durante esse processo.

Aos meus colegas de faculdade, nominalmente, ao Luis, que durante um momento de dificuldade na escrita deste trabalho se fez presente e me auxiliou da melhor forma possível.

Às minhas supervisoras de estágio, Leticia Ferreira e Valeria Mendonça, especialmente a Leticia, o qual foi essencial para elaboração desse TCC, sempre se disponibilizou a se reunir comigo quando necessário, me ajudou durante a escolha dos pacientes da pesquisa, durante o período de estágio foi simplesmente incrível, me fez me apaixonar ainda mais pela profissão, fez todo o possível para tornar esse processo mais leve.

Ao meu orientador, Dr. Cristiano Guedes, por ter me aceitado como orientanda e por embarcar junto comigo na pesquisa com sugestões e correções valiosas.

À minha chefe, Sonia, por ser tão compreensível, e tornar flexível a minha rotina de trabalho para que fosse possível conciliar com a escrita deste TCC, em razão disso me permitiu ter condições financeiras para me manter durante esse período.

Por fim, a todos, o meu: muito obrigada!

RESUMO

A atuação do assistente social no planejamento da alta hospitalar é essencial, uma vez que a alta social deve ocorrer conjuntamente com a alta médica. Sendo assim, esta pesquisa buscou conhecer quais são os desafios e obstáculos enfrentados por profissionais de Serviço Social no processo de desospitalização de pacientes com vínculos familiares fragilizados em um hospital público do Distrito Federal. Tendo como objetivo conhecer as intervenções desenvolvidas pelo assistente social nesse processo. A metodologia utilizada consistiu em uma pesquisa qualitativa de alcance exploratório e descritivo. Essa investigação aconteceu por meio de pesquisa documental através da análise de experiências registradas em diário de campo e relatórios analíticos desenvolvidos durante o período de estágio supervisionado da autora no ano de 2022. Fundamentou-se também em pesquisa bibliográfica ao trazer o recorte histórico dos primórdios da atuação desse profissional na saúde, dos desdobramentos que culminaram na criação do atual sistema de saúde e auxílio também no embasamento de discussões sobre as interações sociais. Tendo como resultado que as questões que envolvem a alta social vão além das possibilidades do núcleo familiar e tem reflexos do modo de produção capitalista no processo de adoecimento requisitando o acionamento da intervenção do Estado por meio das políticas sociais.

Palavras-chaves: alta social; interação social; determinantes sociais; Serviço Social.

ABSTRACT

The role of the social worker in hospital discharge planning is essential, since the social discharge must occur together with the medical discharge. Therefore, this research sought to know what are the challenges and obstacles faced by Social Work in the process of dehospitalization of patients with fragile family ties in a public hospital in the Federal District. Aiming to know the interventions developed by the social worker in this process. The methodology used consisted of a qualitative research with an exploratory and descriptive scope. This investigation took place through documentary research through the analysis of experiences recorded in a field diary and analytical reports developed during the author's supervised internship period. It was also based on bibliographical research by bringing the historical clipping of the beginnings of this professional's work in health, the developments that culminated in the creation of the current health system and also help in the basis of discussions about social hospitalizations. As a result, the issues involving social high go beyond the possibilities of the family nucleus and have reflections of the capitalist mode of production in the illness process, requiring the activation of State intervention through social policies.

Keywords: social high; social hospitalization; social determinants; Social Service.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DF	Distrito Federal
EC	Emenda Constitucional
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ILPD	Instituição de Longa Permanência para pessoas com deficiência
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idoso
LOS	Lei Orgânica de Saúde
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome
NRAD	Núcleo de Atenção Domiciliar
NOB	Norma Operacional Básica
ONGs	Organizações Não Governamentais
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNH	Política Nacional de Humanização
PTNED	Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SEDES	Secretaria de Desenvolvimento Social
SESP	Serviço Especial da Saúde Pública

SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 –SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	18
1.1.Os desdobramentos da Política de Saúde no Brasil a partir do século XX.....	18
1.2.Contexto histórico da atuação do assistente social na saúde	25
CAPÍTULO 2- SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR	31
2.1.O papel do profissional de Serviço Social que atua nos hospitais	31
2.2. O trabalho do assistente social com famílias	34
2.3.Redes Socioassistenciais: instituições de acolhimento	36
CAPÍTULO 3- METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS	42
3.1.Metodologia	42
3.2.Altas social, internação social e seus reflexos na vida dos pacientes.....	43
3.3.Questão Social e exclusão social	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Serviço Social e a saúde mantiveram uma relação desde a chegada da profissão ao país na década de 1930, contudo, a partir da década de 1940 é que essa relação foi se aprofundar conforme o capitalismo começa a se desenvolver, a saúde vai se tornar a maior empregadora de assistentes sociais. Os trabalhadores desempenharam um papel importante no desenvolvimento desse setor, garantindo o atendimento de suas necessidades básicas (BRAVO; MATOS, 2009). Contudo, de fato, somente o mínimo era concedido, na tentativa de evitar o surgimento de outras reivindicações, prezando apenas pelo crescimento econômico.

Nesse constante processo de transformações no âmbito da saúde, cabe ressaltar as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que foram a gênese da Previdência Social, previam assistência médica, seguros e afins. Posteriormente, se tornaram Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (BRAVO, 2009). Destaca-se que somente trabalhadores formais mediante a contribuição poderiam usufruir desses serviços que eram prestados, excluindo, assim, parte da população.

Com base em Bravo e Matos (2009), os profissionais de Serviço Social se tornaram mais requisitados quando os fatores psicológicos e sociais passaram a ser levados em consideração no processo saúde e doença, e não somente os fatores biológicos. Tal alteração no conceito de saúde ocorre em 1948, por influência de órgãos internacionais e devido ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos menos favorecidos. Neste cenário, os assistentes sociais atuaram com ações educativas, preventivas e higienistas. Ademais, outra questão que demandou intervenção dos assistentes sociais foi a assistência médica prestada por meio da previdência social, pois não abrangia a todos, mesmo sendo o assistido que custeou uma parte, sendo assim, requisitou-se que os assistentes sociais se colocassem entre o interesse do capital e do segurado para que conseguisse acessar tal assistência. Os investimentos eram voltados ao âmbito hospitalar e minoritariamente nos centros de saúde, ou seja, eram priorizados os cuidados emergenciais e não os cuidados preventivos.

A partir da década de 1950, a saúde privada começa a crescer e a ganhar força, pressionando o Estado em busca de financiamento. Durante o período da ditadura militar que se iniciou em 1964, o Estado começa a fazer alianças com grandes indústrias farmacêuticas e fornecedores de equipamentos hospitalares favorecendo a saúde privada e o capital. O Serviço Social precisou se reinventar frente aos novos desafios da conjuntura política, pois conforme se passaram os anos de repressão e poder,

surgiram novas demandas ao Serviço Social a fim de manter a referida forma de dominação e controlar as pressões vindas dos subalternos (BRAVO, 2009).

Segundo Bravo (2009), durante o período de 1974 a 1979, a política nacional de saúde passou por diversos embates como o baixo investimento de recursos, interesses da saúde privada e a iminência do movimento sanitário.

Conforme Bravo (2009), as décadas de 1980 e 1990 se destacaram no que diz respeito a transformações no âmbito da saúde pública, foi o período em que mais houve mobilização e participação da sociedade, inclusive os profissionais de saúde participaram ativamente. Diante desse cenário ocorreu também a redemocratização brasileira, porém, ainda permeada pelo conservadorismo e uma crise econômica. Durante a década de 1980, ocorreram debates reivindicando que todos pudessem acessar a saúde, exigindo um maior financiamento por parte do Estado e participação dos estados e municípios nos processos de decisões. Sendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde um dos acontecimentos mais importantes que marcaram tais décadas.

Durante esses desdobramentos no âmbito da saúde, o Serviço Social passava por mudanças tais quais: a intenção de ruptura e o contato direto com o marxismo, entretanto, tais reformulações eram perceptíveis dentro das universidades, mas pouco nas práticas profissionais; tanto que, durante o Movimento de Reforma Sanitária, a profissão estava desarticulada (CFESS, 2010).

A Constituição Federal de 1988 foi também um marco importante nesse processo, significando a ampliação de direitos sociais, com a criação da tripartite da Seguridade Social envolvendo Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Com a sua promulgação criou-se também o Sistema Único de Saúde (SUS) e dita também sobre sua forma de funcionamento. Dessa forma abriram-se precedentes para a sistematização de serviços que garantissem direitos mínimos nessas áreas para a população brasileira.

O SUS enquanto parte do projeto sanitarista presta uma infinidade de serviços à população, e dessa forma, se organiza por regiões e por ordem crescente de complexidades. Tais complexidades, estão divididas em três níveis denominados de: atenção básica (também chamada de atenção primária), atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade. Todavia, apesar dessas divisões eles se encontram articulados entre si, sendo a atenção primária essencial para o funcionamento dos demais, pois é ela que geralmente é responsável pelo primeiro contato do paciente com o SUS, tendo como principal rede de infraestrutura as Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizando cuidados rotineiros, de menor gravidade. Esse

nível de atenção depende do uso reduzido de tecnologias, o que implica em um baixo custo para a sua manutenção. Em casos mais complexos é feito o encaminhamento aos outros níveis do cuidado. Por conseguinte, a média complexidade pode ser compreendida como um meio termo entre a atenção básica e a alta complexidade tendo em vista que necessita de especialistas, porém, utiliza-se de tecnologias menos complexas, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) um exemplo de unidades de atendimento. Ademais, o terceiro nível de atenção geralmente compreende os hospitais de grande porte, requerendo especialistas e tecnologias aprimoradas em seus atendimentos, conseqüentemente, gerando um elevado custo financeiro (GONÇALVES, 2014).

A alta complexidade presta serviços vitais para a sociedade, contudo, é importante estar atento com as disputas entre os projetos privatistas e sanitaristas que ocorrem na contemporaneidade para que não se recaia sobre a lógica hospitalocêntrica, pois os cuidados propiciados pelo setor primário, em boa parte dos atendimentos prestados, evitam um agravamento que necessite de encaminhamento aos hospitais. Diante disso, pensando em conhecer os desafios que estão postos dentro dos hospitais, este estudo deu ênfase a um hospital público que faz parte do SUS e se insere na média complexidade.

Conforme mencionado anteriormente, os custos com tratamentos no âmbito hospitalar são bastante elevados, todavia, como aponta Pereira *et al* (2007), a alta não deve ser dada de forma precoce devido ao oneroso valor do tratamento, pois além de gerar uma reinternação promove o agravamento das condições de saúde, e por isso essa decisão deve ser tomada de forma interdisciplinar desde a entrada do paciente na unidade hospitalar. Esse processo de decisão é denominado alta hospitalar. A alta hospitalar consiste no término de indicações clínicas para a internação sendo atrelada a alta social, em outras palavras, é a autorização para saída das dependências do hospital.

A alta hospitalar pode ser compreendida como a delegação desse cuidado diretamente ao paciente e seu cuidador/familiar com auxílios a níveis ambulatoriais, ou seja, o paciente retorna ao seu domicílio, porém ainda continua em tratamento e passar a ser acompanhado pela atenção primária e por especialistas ambulatoriais da atenção secundária em casos específicos (GANZELLA; ZAGO, 2008).

Sendo assim, a alta hospitalar no âmbito do SUS não deve ser considerada como ausência de doenças, deve ir muito além disso, considerando questões sociais que levaram o paciente a chegar a determinado quadro clínico, e articulando a continuidade

do tratamento pós alta, evitando a reinserção do sujeito nos hospitais. Como destaca Bravo e Matos (2009), ao desenvolver sua prática profissional, o assistente social deve se remeter aos princípios do Projeto Ético Político da profissão e os da Reforma Sanitária pois ambos se complementam.

Atualmente, observa-se que a decisão sobre o momento de saída do usuário do hospital ainda se encontra muito ligada ao profissional médico, porém, o assistente social e os demais profissionais também são essenciais neste processo, por exemplo, é o profissional de Serviço Social quem vai averiguar as condições sociais, econômicas e culturais ao qual o sujeito está inserido, realizar possíveis articulações com outras políticas públicas e sociais quando necessário.

No âmbito hospitalar, o assistente social na área da saúde atua frente às diferentes formas das expressões da questão social, está presente desde o início até o fim da internação na unidade hospitalar quando faz o primeiro acolhimento em busca de contatos familiares para que seja possível contato direto com eles durante toda a internação, realiza uma escuta qualificada a fim de identificar demandas sociais. Contudo, como aponta Rueda e Silva (2021) em alguns casos o Serviço Social somente é requisitado em casos complexos e emergenciais. E isso, dificulta a atuação profissional.

Partindo do pressuposto de que o contexto social influencia no processo de adoecimento, o assistente tem como base a realidade social e seu objeto de trabalho são as diferentes expressões da questão social, elucidando que os usuários atendidos são sujeitos de direitos; as habilidades deste profissional se voltam para a humanização dos atendimentos (MARTINELLI, 2011). Dessa maneira, torna-se essencial considerá-lo também no momento planejamento da alta hospitalar do paciente. Para tanto, é necessário pensar para além da alta médica, avaliando, assim, se há a necessidade de uma intervenção mais específica do assistente social nesse momento, a fim de verificar a possibilidade da alta social do mesmo. Esta deve ser realizada pelo assistente social da unidade hospitalar, uma vez que este profissional é o responsável pela garantia dos direitos sociais e emancipação do indivíduo. Isso se concretiza como atribuição do Serviço Social na prática quando o assistente social orienta o usuário sobre o acesso a políticas sociais, o encaminha para outras unidades de atendimento ou elabora relatório social e emite parecer social com vistas a efetivação do acesso, por exemplo, à assistência social. Além disso, a articulação com a rede de atendimento e os princípios de humanização e integralidade no atendimento mostram-se imprescindíveis nesse processo (ABEPSS,1996; CFESS 1993; CFESS,2010; BRASIL,2013).

Ademais, como aponta Mito e Nogueira (2009) a atuação do profissional de Serviço Social na saúde deve se pautar em assegurar três princípios: as necessidades sociais em saúde, direito a saúde e produção de saúde. O primeiro princípio, é histórico e tem relação com a forma que a sociedade se desenvolve. O segundo princípio é permeado por políticas públicas e sociais, através da relação da sociedade e o Estado concretizando-se por meio dos serviços prestados na saúde. Já o terceiro princípio, a produção de saúde, pode ser compreendido como uma construção que ocorre a partir das mudanças sociais, econômicas e políticas dos dados obtidos em estudos contínuos sobre a saúde e ações de amparo à saúde.

Diante do exposto, este trabalho se debruçou em conhecer quais são os desafios enfrentados pelo assistente social no processo de desospitalização entre pacientes com vínculos familiares fragilizados em um hospital público do Distrito Federal que ocorreram durante o período do estágio supervisionado em Serviço Social 2 no primeiro semestre letivo de 2022. Pensando na lógica da integralidade do cuidado do SUS, e o conceito de saúde envolvendo fatores biopsicossociais, um hospital público se faz um ambiente privilegiado para conhecer os desafios que permeiam a sua realização na cotidianidade.

Diante disso, o objetivo principal deste estudo consistiu em conhecer os desafios enfrentados pelo assistente social no processo de desospitalização de pacientes internados em razão de questões sociais.

No primeiro capítulo deste trabalho, foi abordado os acontecimentos que marcaram o desenrolar da saúde pública com comparativo com a saúde privada antes da criação do SUS, mostrando como o trabalho teve centralidade no desenvolvimento dessa área, atentando-se também como o cenário político provocou mudanças nesse contexto e a importância da mobilização social para que houvessem as conquistas solicitadas pela população nessa política. E, ainda nesse capítulo tratou-se como o assistente social se inseriu e se manteve durante os processos de luta em busca de um sistema de saúde universal. Dando continuidade a essa discussão, no capítulo dois elaborou-se o debate de quais são as intervenções desenvolvidas pelo assistente social dentro dos hospitais possibilitando apreender a notoriedade do trabalho em rede e as particularidades que envolvem o trabalho com as famílias dos usuários.

Por fim, no último capítulo é descrito e analisado os resultados obtidos mediante a pesquisa desenvolvida que culminou na exposição dos desafios encontrados pelo profissional de Serviço Social no momento de emitir a alta social. As considerações finais são um resumo com complementações das discussões apontadas no decorrer desta monografia.

CAPÍTULO 1 – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

1.1. Os desdobramentos da saúde pública no Brasil a partir do século XX

Roncalli (2003) destaca que a saúde é fruto das condições de vida existentes, sendo o Estado um sujeito crucial nesse quesito pois através de implementação de políticas públicas, especificamente as políticas de saúde, ele é capaz de proporcionar condições adequadas de vida. Sendo assim, a política de saúde é essencial para a sociedade como um todo e por isso deve-se primar pela sua universalidade. Antes da criação do atual sistema de saúde, os sistemas existentes eram contributivos e excludentes. Conforme aponta Mota (2009), a construção do sistema de proteção social que abrange a saúde é fruto da luta da classe trabalhadora, sendo constantemente espaço de disputa pela burguesia. Cabe destacar que o trabalho sempre foi o fator central na elaboração de políticas sociais as quais envolviam a saúde. No decorrer deste subitem a política de saúde será abordada em comparativo as políticas de proteção social os quais compreendiam a assistência médica contributiva.

Segundo Bravo (2009), a primeira intervenção do Estado na saúde surge com a criação da Lei Eloy Chaves, em 1923, a qual institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que tinham um financiamento bipartite, ou seja, eram mantidas por contribuições dos trabalhadores e empregadores. Todavia, a participação do Estado nas CAPs se dá através da promulgação da lei em questão onde o Estado passa a ter obrigações em relação a saúde dos trabalhadores que trabalhavam formalmente nas grandes empresas sendo o seu papel fiscalizar se os benefícios estavam sendo prestados de fato, tais benefícios eram prestados conforme o valor que era pago pelo contribuinte. Dessa maneira, quem pagava mais tinha acesso a uma maior quantidade de serviços, que incluía medicamentos, assistência médica, pensões ao beneficiários e aos seus dependentes. Somente, em 1933, com o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) o governo passa a ajudar com recursos financeiros.

Em decorrência da transição do modelo econômico vigente na década de 1930, quando se passava de exportador cafeeiro para industrial a necessidade por mão de obra se intensificou, o que fez com que medidas fossem tomadas em relação às questões sociais da época e principalmente no que diz respeito à saúde da população para que houvesse trabalhadores suficientes para suprir a demanda. Dessa forma, a política de saúde abrangia todos os estados brasileiros e passou a se dividir em dois setores: saúde pública e medicina previdenciária. Sendo a primeira, responsável por promover condições básicas de saúde até a década de 1960 para aqueles que viviam nos centros urbanos e, de forma reduzida, para aqueles que moravam nas mediações rurais. A atuação da saúde pública tinha como foco campanhas para o controle de

endemias culminando na criação do Departamento Nacional de Saúde em 1937, que posteriormente vai se tornar o Ministério da Saúde. Na contramão, a medicina previdenciária, após a criação dos IAPs, teve como objetivo ampliar as categorias profissionais que poderiam acessar aos serviços oferecidos pelos institutos, uma vez que, anteriormente, somente trabalhadores de grandes empresas (ferroviários, marítimos e outros) podiam adentrá-lo, porém tal sistema ainda atua de forma excludente pois atende somente os trabalhadores urbanos deixando de lado os operários do campo (BRAVO, 2009).

Os anos em que as CAPs e os IAPs desenvolveram suas atividades Roncalli (2003) o caracteriza como sanitarismo campanhista devido a criação de instituições para desempenhar ações pontuais no enfrentamento de doenças em alta à época. A criação do Serviço Especial da Saúde Pública (SESP) no ano de 1942 é um fato importante a ser considerado, pois, este era responsável por promover ações de saúde em regiões interiorizadas do país, todavia, somente em regiões que envolviam interesses econômicos, deixando claro que os serviços sanitários oferecidos pretendiam manter condições mínimas de saúde para que assim se tornasse possível a manutenção da atividade econômica em curso, colocando o bem estar daquela população em segundo plano (CUNHA & CUNHA, 1998 *apud* RONCALLI, 2003). Os serviços oferecidos pelo SESP destinavam-se àqueles que não trabalhavam e contavam com atendimentos em hospitais filantrópicos.

No período de 1945 a 1964, intensificaram-se os investimentos em saúde pública, o que provocou progressos nas condições de saúde da população, porém, mesmo assim, não foi possível acabar com as doenças infecciosas e parasitárias existentes a época e nem reduzir os índices de mortalidade. Todavia, durante a década de 1950, a saúde privada começa a se movimentar, e a pressionar o Estado em busca de recursos financeiros, tendo como objetivo a privatização da saúde. Porém, até 1964 os serviços oferecidos pela medicina previdenciária se mantêm de forma predominante por meio dos IAPs.

Em 1966, ocorre a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) a partir da junção da Previdência Social com os IAPs, destinando os recursos em maior quantidade à assistência médica para a compra dos serviços oferecidos pelo privado. Diante disso, o Estado passou a intervir na sociedade provocando uma desarticulação dos trabalhadores, que foram colocados de lado no que diz respeito a administração e gestão dos institutos e passaram a ser meros financiadores. Dessa forma, a saúde pública e a assistência médica previdenciária passaram a ter como foco a lógica hospitalocêntrica, abrindo espaço para a expansão da saúde privada e favorecendo as

empresas médicas capitalistas. Cabe destacar que existiam hospitais filantrópicos à época, no entanto, estes eram destinados àqueles que não trabalhavam formalmente. Os trabalhadores formais deveriam se dirigir às instituições ligadas à previdência social. Com a implementação do INPS, trabalhadores informais também puderam fazer parte da previdência social desde que contribuindo com o mínimo estabelecido.

O aumento da população contribuinte do INPS acabou por gerar uma sobrecarga ao instituto ocasionando, assim, a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977. Isso possibilitou uma divisão dos serviços prestados, ficando o INAMPS responsável pela assistência médica e o INPS com os atendimentos referentes à previdência social, que incluía seguros e aposentadorias.

Levando em consideração o que Bravo (2009) aborda, durante o período de 1974 a 1979, as políticas sociais se voltaram para o enfrentamento dos problemas provenientes do aprofundamento da acumulação do capital, como forma de conter as manifestações populares. Durante esses anos, a política de saúde passou por diferentes embates devido a diversos fatores, dentre eles a falta de recursos, pois a saúde estava entregue majoritariamente ao setor privado. Roncalli (2003) aponta ainda que essa ênfase e expansão do modelo excludente de saúde e de proteção social, provocou a precarização de todo o sistema o que gerou insatisfação de toda a população e tais descontentamentos fortaleceu a mobilização em curso dos universitários e profissionais da saúde que posteriormente envolveu toda a população e culminou no movimento de reforma sanitária.

No que se refere a saúde na década de 1980, o setor começa a tomar novos rumos e proporções com a inserção de novos indivíduos nos debates referentes às condições de vida dos brasileiros. No âmbito da previdência, com a ampliação das categorias profissionais contribuintes aumentou-se também o montante em dinheiro recebido, todavia, começou a haver desvios de recursos e durante a década de 1980 passaram a enfrentar uma crise e conseqüentemente não conseguiu acolher todas as demandas que estavam postas.

O atual sistema de saúde pública existente é fruto dos desdobramentos das pressões populares ocorridas principalmente nas décadas de 1980 e 1990 e conforme aponta Bravo (2009) podendo ser considerado como o auge dessas manifestações a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 a qual teve o maior público em relação a conferências anteriores e contou com a participação efetiva da sociedade, que propôs, inclusive, uma reforma sanitária. Ao todo essa conferência reuniu quase cinco mil pessoas.

A VIII Conferência resultou em propostas a serem debatidas na Assembleia Constituinte que ocorreu em 1987 que tinha como sujeitos tanto aqueles que defendiam as empresas hospitalares e farmacêuticas como aqueles favoráveis a Reforma Sanitária, e mesmo assim, foram tomadas decisões favoráveis a saúde pública em detrimento dos interesses do setor privado. Essas decisões favoráveis foram possíveis graças a capacidade de articulação, pressão e mobilização dos responsáveis pela tomada de decisões naquele momento.

O movimento de reforma sanitária significou transformações na sociedade para além da saúde trazendo consigo a exemplificação da cidadania. Tal movimento ocorre em meio ao processo de redemocratização do país o qual primou também por uma transformação social na sociedade fugindo do viés de reforma de apenas um setor, o movimento sanitário brasileiro lutava também por direitos sociais em busca de uma sociedade mais justa (MATTA; LIMA,2008).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) desempenhou um papel importante na disseminação de informações a respeito das movimentações da reforma sanitária por meio da revista científica Saúde em Debate se tornando referência para a sociedade que desejavam entender sobre o assunto. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) também foi um ator importante nesse processo de transformação da sociedade e da saúde ao criar eventos como o Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde que abordou as principais solicitações do movimento sanitário com base em documento produzido pelo CEBES. Ambos defendiam a saúde universal e com ações de promoção e prevenção. O Sistema de saúde universal originado como consequência deve ser visto como um entre os resultados propiciados por esse movimento pois ele proporcionou uma renovação no pensamento da sociedade frente a força e o impacto de suas ações podem gerar e sua concepção sobre direitos sociais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Antes da implementação do atual Sistema Único de Saúde (SUS), houve a tentativa de colocar em prática outros serviços de saúde que se assemelham ao ofertado pelo SUS como é o caso do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que nasceu em 1987, como resposta aos debates em voga e com a intenção de ampliar a saúde pública. O SUDS é um grande avanço para o setor, principalmente no quesito de participação do Estado e serviu como espécie de ponte para a implementação do SUS.

A Carta Magna de 1988 dispõe sobre vitórias importantes em relação à saúde, quando à coloca como direito de todos e dever do Estado em seus artigos nº196 a

nº200, acabando com o caráter excludente e contributivo para o seu acesso. A criação do SUS através da Constituição Federal foi uma conquista imensurável para toda a população, todavia, deixou brecha ao setor privado quando estabeleceu que este pode atuar de forma complementar, porém, sem receber recursos do Estado. Dessa forma, se dá a oportunidade para a coexistência do projeto privatista e sanitário, principalmente em governos com projeto neoliberal que ocuparam o poder desde o ano de 2016 até o fim do ano de 2022, promovendo desmontes na saúde, contribuindo gradativamente para um retorno à prática curativista, ao ignorar os padrões do projeto sanitário de promoção e prevenção (BRASIL, 1988).

No fim dos anos 1980, o projeto de Reforma Sanitária passou por um momento de dificuldades considerando que na implementação do SUS inicialmente não surgiu o efeito esperado tendo como consequência conflitos entre os profissionais, perda significativa do apoio da população, movimentação de conservadores em prol do retrocesso na implementação da Reforma Sanitária. No período em questão, o Brasil passava pelo processo de redemocratização com o fim da ditadura militar em 1985, sendo a democracia um fator crucial para que reformulações fossem feitas.

Contudo, apesar dos avanços obtidos com a Constituição foi em 1990 que o sistema de saúde pública do Brasil foi sistematizado, a partir da promulgação da Lei nº 8080/1990, que diz respeito às condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a) e da Lei 8142/1990, que diz respeito à gestão e ao financiamento do SUS (BRASIL, 1990b). Na atualidade, tais legislações são denominadas de Lei Orgânica de Saúde (LOS).

Para o seu pleno funcionamento o SUS conta com princípios fundamentais os quais são: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e a hierarquização, controle social, descentralização. Sendo que o primeiro diz respeito ao acesso, ou seja, todos têm o direito garantido a saúde sem nenhum tipo de distinção. A equidade versa sobre as desigualdades, pretendendo promover uma igualdade no acesso, quando realiza investidas maiores nos que se encontram mais necessitados. O terceiro princípio dialoga sobre as práticas profissionais devendo o indivíduo ser atendido além da visão do médico, devendo ser garantido um cuidado interdisciplinar (RONCALLI, 2003).

Ainda com base em Roncalli (2003), a regionalização e a hierarquização, controle social e a descentralização podem ser classificados como princípios doutrinários. A hierarquização fala sobre como a saúde deve se dividir em níveis de complexidade (atenção básica, médica complexidade e alta complexidade) para melhor atender seus usuários enquanto a regionalização consiste na conexão entre os serviços.

O controle social, traz a ideia da participação da sociedade no processo de tomada de decisão. E, por último, e não menos importante, a descentralização pode ser compreendida como a distribuição de atribuições e de poder entre os níveis de governo (federal, estadual e municipal).

Visando o pleno funcionamento desse sistema de saúde foram sendo estabelecidas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) como forma complementar a Lei Orgânica de Saúde proporcionando maior descrição na forma como deveriam ocorrer as atividades referente ao funcionamento da saúde pública. A primeira NOB foi criada em 1991 e foi considerada como um retrocesso pois tinha características centralizadoras. No ano de 1993 foi criada a segunda NOB o qual ao contrário da anterior obteve avanços ao classificar os níveis de gestão em: incipiente parcial e simplena. Após longo período de debates a respeito é criada a terceira NOB em 1996 que em resumo fortaleceu a descentralização e gerou aumento de recursos nos municípios abrindo espaço para o crescimento da atenção básica. Ficando conhecida como a NOB que mais teve espaço para participação dos municípios (RONCALLI, 2003).

Se tratando do setor saúde o SUS deve ser valorizado e enaltecido pois é o maior sistema de saúde pública do mundo com caráter universal. Todavia, as tentativas de desmontes a saúde são frequentes, pois como discorre Bravo (2009) ainda na década de 1990, houve uma contrarreforma no Estado a qual previa a separação da previdência do tripé da seguridade social contido na Constituição de 1988 ampliando o espaço de atuação do setor privado dessa forma, o Estado para a terceirizar suas ações e responsabilidades passando a ser apenas o promotor e regulador do desenvolvimento social. Em relação ao saúde pública com o foco do Estado em expandir e atender os interesses do capital, acabou deixando de lado o seu devido papel de regulamentar e fiscalizar os serviços de saúde. Os dispositivos legais conquistados pela reforma sanitária com a promulgação da Carta Magna também não estavam sendo respeitados e até mesmo princípios fundamentais como o da equidade e integralidade não estavam sendo cumpridos, dessa forma alcançando o objetivo principal dessa contrarreforma que era a dissociabilidade dos serviços prestados entre: hospitalares pois como era bastante lucrativo se manteve nas mãos de quem tinha condições de pagar e atendimentos básicos voltados aqueles menos favorecidos financeiramente.

A partir dos anos de 2003, o Brasil passa a ser comandado por Luís Inácio Lula da Silva, o mesmo prometeu governar com ênfase nos menos favorecidos, contudo no que diz respeito a saúde se manteve a disputa entre o projeto sanitarista e o projeto

privatista com a precarização, falta de recursos financeiros (desvio dos recursos a outros programas) e a falta de articulação política em prol da manutenção da Seguridade Social (ao não haver integração da assistência social e a previdência social com a política de saúde), porém houveram alguns avanços como por exemplo: a retomada dos conceitos fundamentais da Reforma Sanitária, o chamamento de profissionais focados em prol da implementação para participação no seu governo por meio da atuação no Ministério da Saúde, realização da 12ª Conferência Nacional de saúde e entre outros. Em relação a 12ª Conferência Nacional de saúde, a expectativa era de ela tivesse a mesma proporção e impacto da 8ª Conferência Nacional de saúde, entretanto, não foi o que ocorreu, em função disso não foi possível nem mesmo a aprovação de seu relatório final (BRAVO, 2009).

A criação da Secretaria de Atenção à saúde foi considerada também um grande avanço pois a mesma tinha como objetivo unificar novamente os atendimentos de atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRAVO, 2009). Não obstante, apesar dos avanços mencionados a saúde se manteve com ações focalizadas sem levar em consideração o SUS previsto na legislação em vigor.

Como visto nas discussões acima, os avanços neoliberais se adentram na Política de Saúde ainda na década de 1990 e na atualidade ainda continua sendo um espaço de disputa, todavia, com o *impeachment* de 2016, quando o Michel Temer tomou posse na presidência do país os desmontes no âmbito do SUS se intensificaram e consequentemente o setor privado teve centralidade na Política de Saúde. As contra reformas na maioria das vezes ocorrem de forma velada em meio a concessões singelas a fim de evitar lutas contra os desmontes. O primeiro passo para a série de desmontes que estavam por vir no setor saúde foi a nomeação de Ricardo Barros como ministro da saúde, pois o mesmo tinha ligação direta com organizações do setor privado (SILVA; SANTOS; CORREIA, 2021).

Segundo Silva, Santos e Correia(2021) o próximo passo no sucateamento do SUS se deu com a Emenda Constitucional nº95 de 2016 que congela o teto de gastos do governo pelos próximos vinte anos, impactando não somente na saúde mais em toda a Seguridade Social em prol de um financiamento para o setor privado, por meio de incentivos para a adesão de planos de saúde e a terceirização de serviços que antes eram prestados pelo sistema público (BRASIL, 2016).

Sobre as contrarreformas o partido MDB do então presidente Temer, apresenta três documentos os quais elucidam as suas intenções de desmontes sendo eles: Agenda Brasil, que não liberava recursos em casos de tratamentos experimentais e que

previa o financiamento por parte do usuário de algumas consultas; Uma Ponte para o Futuro, que previa o aumento da idade para aposentadoria e o sucateamento das políticas públicas existentes; documento Travessia Social que determinava que o SUS focasse naqueles que não tem condições de arcar com planos de saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Ainda no governo Temer, com a Medida Provisória 839/2018 que determina a ausência de recolhimento da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (CONFINS) em razão do subsídio destinado a diminuição do preço do diesel decorrente da greve dos caminhoneiros em 2018, vai impactar diretamente a saúde, pois a CONFINS é a principal forma de arrecadação de fundos da Seguridade Social. Além disso, houve também a perda de R\$179 milhões nos gastos destinados a saúde (BRASIL, 2018; BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

No mandato Bolsonaro que se dá entre os anos de 2019 a 2022, os sucateamentos há saúde pública no Brasil permaneceram, a partir da análise feito por Bravo, Pelaez e Menezes (2020) sobre o seu plano de governo do custeio da saúde destaca-se que: não foram encontradas informações sobre os recursos a serem destinados a tal política, a privatização era o seu foco principal, o SUS é citado apenas uma vez ao longo do documento em questão. Seguindo o que discorre Bravo, Pelaez, Menezes (2020) o Ministro da Saúde, Paulo Guedes também interferiu na saúde ao tentar criar uma espécie de *voucher* que a população poderia utilizar em serviços da saúde privada, tirando a responsabilidade do Estado de oferecer esses serviços que podiam ser comprados. O investimento em telemedicina também foi uma realidade.

Apesar das incessantes medidas de desmontes e sucateamentos , o SUS tem 33 anos de história e mesmo contemplando todas as exigências constitucionais pode e deve ser considerado como um dos melhores do mundo pois em meio a todos os desafios cotidianos, a saúde pública brasileira abrange tratamentos de alto custo que até mesmo os melhores planos de saúde resistem em oferecer como por exemplo: o tratamento completo para o câncer, fornecimento gratuito de medicamentos, disponibilização e conscientização sobre vacinas, atende as populações mais longínquas e interiorizadas. O sistema de saúde pública brasileira é o único da América Latina que oferece cobertura universal.

1.2.Contexto histórico da atuação do assistente social na saúde

Para o entendimento da inserção do assistente social no âmbito da saúde é necessário recuperar alguns acontecimentos importantes dessa trajetória. Dentre eles, o conceito ampliado de saúde envolvendo os fatores biopsicossociais foi essencial, pois

os determinantes sociais influenciam no processo de adoecimento e com a implementação dos fatores biopsicossociais demandou-se atendimentos multidisciplinares incluindo, dentre eles: o assistente social.

Segundo Buss e Filho (2007) os determinantes sociais no processo de saúde no processo de saúde e doença podem ser compreendidos como os diversos elementos que compõem as condições de vida e de trabalho de um ser humano, em outras palavras, diz respeito as situações sociais vivenciadas cotidianamente. Quando se tem qualidade de vida, conseqüentemente, há também melhores condições de saúde.

O Serviço Social é histórico passando por vários momentos de reconstrução e de transformação em razão do cenário político, social e econômico vivenciado. Nos primórdios da atuação do Serviço Social na saúde, os assistentes sociais se inseriam majoritariamente nos hospitais e o Hospital das Clínicas de São Paulo foi o primeiro a contratar tais profissionais.

Durante os anos de 1960, os assistentes sociais começaram a desenvolver maiores questionamentos frente ao conservadorismo vigente que começava a ganhar força à época, entretanto, com o avanço da ditadura militar em 1964 foi necessário recuar com tais debates (BRAVO; MATOS, 2009). O movimento de renovação da profissão iniciado nesse período se dividiu em três fases: modernização conservadora, renovação conservadora e intenção de ruptura. A atuação profissional a época era burocratizada e focal, consistindo na mediação para aceitação em benefícios e permaneceu assim até meados da década de 1970.

O Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS) desempenhou um papel importante no processo de produção teórica durante os anos de 1965 e 1975, disseminando a vertente modernizadora e inserindo a profissão nos moldes teóricos da época.

Por conseguinte, cabe discorrer sobre três décadas que privilegiaram espaços de disputas para o Serviço Social e para a saúde sendo elas: 1970, 1980 e 1990. Durante a década de 1970, quando o movimento da Reforma Sanitária começa a se desenvolver, preconizando transformações para a área da saúde, priorizando o setor público e em busca da redemocratização no país. Nesse período o Serviço Social inicia sua transformação para a intenção de ruptura, todavia, sem muito êxito, na prática permanecendo a centralidade na atuação do médico. A ação dos assistentes sociais centravam-se nos hospitais devido a expansão do setor e da lógica curativista, demandando do profissional em questão servir como apaziguador de conflitos considerando a alta demanda por serviços e seu caráter seletivo pois não conseguia atender a todos (BRAVO; MATOS, 2009).

Em 1980, é possível observar a intenção de ruptura da categoria profissional com a tradição conservadora e inserção concreta à tradição marxista, porém os profissionais adeptos ao marxismo em sua maioria ainda se restringem às universidades e ou/ artigos e produções teóricas em congressos e seminários de Serviço Social, sem reflexos na prática profissional, enquanto na década seguinte ocorre o auge do Movimento de Reforma Sanitária, onde a categoria ainda continua desarticulada. Contudo, nos anos de 1980 e 1990 no Brasil estava sendo ampliado o projeto político neoliberal, dessa forma, dando lugar para a implantação de dois projetos na área da saúde: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, sendo que o primeiro projeto consistia em desmontes aos direitos, demandando atitudes por parte do assistente social que consistiam em atuações com aspecto de favor, de atendimento focalizado; o segundo projeto pregava a universalização ao acesso, solicitando ao Serviço Social atuações que incentivassem a participação da sociedade, atendimentos interdisciplinares e grupais. Diante desse cenário, o governo neoliberal deu mais ênfase ao projeto privatista. Cabe ressaltar que o projeto ético político e a reforma sanitária têm pontos em comum e ambos se desenvolvem no processo de retomada da democracia brasileira (CFESS, 2010).

Conforme discorre Bravo e Matos (2009), durante o período de movimentação para a eclosão do movimento de Reforma Sanitária, o Serviço Social, não participou diretamente e não teve articulação pois se mantinham focado nas mudanças internas necessárias à profissão, todavia sofreu influências desse processo de transformação da sociedade, acolhendo como objetivo em comum práticas que gerem a retomada e o fortalecimento da democracia no Brasil.

A década de 1980 é crucial para a reestruturação do Serviço Social alcançar sua forma crítica e revolucionária pois é neste momento em que mesmo não mobilizado na atuação prática, houve um avanço em relação ao amadurecimento dos teóricos incorporando criticidade aos trabalhos em saúde apresentados em Congressos da Saúde Coletiva Congressos do Serviço Social como por exemplo: o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 1985 e 1989. Esses acontecimentos são o ponto inicial para a construção do Serviço Social como é posto em prática nos dias atuais (BRAVO; MATOS, 2009).

Com a implementação do SUS, o profissional de Serviço Social passa a ser ainda mais requisitado, pois é esse profissional que consegue ter maior proximidade e conhecer com profundidade a realidade do paciente e de seus familiares nos serviços de saúde por meio da particularidade da profissão que se materializa através de uma escuta qualificada. Por meio de sua atuação profissional é possível alcançar o pleno

atendimento do usuário e articulação com outras políticas públicas para que os princípios do SUS sejam cumpridos.

Em consonância do que foi abordado no tópico anterior, na década de 1990, o setor saúde também sofreu investidas com o contexto político neoliberal vivenciado entrando em contradição com os ideias construídos desde a década de 1980 e defendidos pelo Serviço Social. No que diz respeito a política de saúde, com a disputa entre a saúde pública e a saúde privada, os dois setores passam a requisitar os serviços do assistente social com objetivos totalmente contrários.

Levando em consideração Bravo e Matos (2009) o setor privado demanda ao profissional de Serviço Social neste contexto neoliberal: a seletividade de seus usuários (para que acessem os serviços somente quem tem condições de arcar com os custos), papel fiscalizador sobre os segurados, disseminação da serviços assistenciais com ideia de prestação de favor e mantendo o foco sempre no indivíduo sem levar em consideração os demais fatores. Por outro lado, a saúde pública solicita do assistente social: popularização dos serviços de saúde, foco nos atendimentos em grupos, atendimentos voltados para a integralidade do cuidado, acolhimento e orientação dos usuários em prol da efetivação da cidadania.

O assistente social tem uma autonomia relativa em sua atuação, pois, enquanto parte da classe trabalhadora, precisa atuar dentro dos limites da instituição, sofrendo o impacto das crises do capital, seja por meio da sobrecarga de trabalho por falta de profissionais, da precarização dos espaços de atuação, da ausência de reconhecimento profissional ou do desmonte das políticas sociais e públicas. Tais prerrogativas se agravaram ainda mais diante da crise sanitária, demandando cada vez mais a intervenção do Serviço Social (RAICHELLIS, 2021).

O assistente social é reconhecido enquanto profissional de saúde pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997 e pela Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383, de 29 de março de 1999. Em 2010 o CFESS publicou uma cartilha que determina os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, nesse documento são apresentados “alguns conceitos [que] são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade” (CFESS, 2010, p.39).

As mudanças ocorridas no interior da profissão culminaram em alteração no projeto político da profissão voltando suas ações em prol do fortalecimento da classe trabalhadora em busca de uma nova ordem social (MARTINI; SOUZA; ABREU *et al* 2013). O principal marco teórico para o exercício profissional do assistente social foi a publicação da Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/1993), que discorre

sobre as atribuições do assistente social, e o Código de Ética de 1993, que dita sobre os direitos, responsabilidades, atribuições privativas e afins. Cabe salientar que é de o órgão responsável por fiscalizar o exercício profissional é o Conselho Federal de Serviço Social(CFESS) em consonância com os Conselhos Regionais de Serviço Social(CRESS).

O papel do CFESS vai além da ação fiscalizadora, atuando também como entidade representativa da categoria profissional em importantes espaços de debate e na saúde não seria diferente. O conselho dos assistentes sociais atua no fortalecimento das políticas públicas objetivando qualidade para o serviço oferecido aos usuários, expansão de espaços de qualificação profissional, melhorias para o desenvolvimento da prática profissional.

Atualmente, a área da saúde ainda é o setor que mais emprega assistentes sociais. Todavia, os profissionais agora estão inseridos nas mais diversas instituições que permeiam a saúde tais como: Unidades Básicas de Saúde(UBS), Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento(UPA), Centros de Atenção Psicossociais(CAPS), Centro Especializados de Atendimento Vítimas de Violência e dentre outras.

Para contribuir para o aprofundamento do SUS, o assistente social deve seguir o que está disposto em seu Código de Ética em vigor tendo em vista que o mesmo se encontra alinhado com os conceitos fundamentais da reforma sanitária quando em seus onze princípios fundamentais abordam conceitos como: equidade e justiça social, articulação com outras categorias com causas em comuns, universalidade e outros.

Os usuários atendidos pelo assistente social devem ser considerados como sujeitos de direitos. Sendo preciso considerar que os atendimentos ofertados a população atendida nos hospitais pelo assistente social, deve ser para além da mera recuperação clínica, pautando-se durante os atendimentos prestados nos princípios fundamentais do Código de Ética de 1993 considerando como principais: a emancipação do indivíduo, na defesa do direito desses usuários, promover a efetivação a cidadania, romper com o autoritarismo profissional e institucional, trabalhar em prol da equidade e justiça social (CFESS,1993).Ao ter como base tais princípios o assistente social consegue promover resultados também a longo prazo, garantindo que o mesmo tenha conhecimento de seus direitos, incentivando que o mesmo participe dos espaços de debates sobre eles, ajuda na diminuição em certo grau das desigualdades sociais, emancipa o usuário ao ofertar diálogos que podem propiciar a consciência de classe.

Durante a sua atuação profissional o assistente social deve se pautar no cumprimento de seus deveres éticos de forma que venham a contribuir para o bem estar do paciente sendo alguns deles: respeitar a liberdade de escolha seja em questões relacionadas ao tratamento ou em relação a crenças que o mesmo tenha, ressaltando

a importância de não reafirmar preconceitos e qualquer forma de discriminação. E em casos que houver violações o profissional não deve ser omissivo e realizar denúncia junto as autoridades competentes. O assistente social no uso de suas atribuições deve popularizar o acesso e a participação nos serviços e programas ofertados pela instituição a qual faz parte (BARROCO; TERRA,2012).

CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO HOSPITALAR

2.1. O papel do profissional de Serviço Social que atua nos hospitais

Dentro dos hospitais o assistente social é um profissional imprescindível e atua em diversos setores e com públicos diversos podendo atuar com crianças e adolescentes, idosos, puérperas, pessoas em situação de rua, população vulnerabilizada, dentre outros. O assistente social compõe uma equipe multidisciplinar, sendo essencial devido a sua atuação com as diversas expressões da questão social que se materializam como determinantes da doença.

O trabalho do assistente social no âmbito hospitalar surge da necessidade de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços a fim de garantir a sua participação na Política Nacional de Saúde. A sua atuação ocorre nesse espaço diretamente com o paciente e também com seus familiares que se encontram fragilizados neste momento inesperado.

Durante este período de internação, o assistente social é responsável pelo acolhimento e as mais diversas orientações necessárias tornando o atendimento mais humanizado. Segundo Souza (2020) é de responsabilidade do assistente social que atua no hospital explicitar como os determinantes sociais influenciaram em seu adoecimento e realizar encaminhamento a outros setores ou políticas públicas quando se fizer necessário tendo em vista a garantia dos direitos sociais. Dessa forma, compreende-se que a saúde se produz no interior das relações sociais que permeiam as relações de produção capitalista.

Nos dias atuais, dentro das instituições hospitalares ainda é comum o desconhecimento sobre o que de fato o assistente social faz, tanto por parte de usuários do serviço como de profissionais, não sendo incomum, no cotidiano, encontrar profissionais se referindo ao Serviço Social como assistência social. Cabe ressaltar que a assistência social é uma política pública, o profissional que tem graduação em Serviço Social é denominado assistente social (CFESS,2016).

Dessa maneira, o cotidiano hospitalar demanda deste profissional o conhecimento da situação socioeconômica com vistas a conhecer suas condições de moradia e trabalhista com foco em uma possível intervenção. Nesse processo de reestabelecimento da saúde, a família desenvolve um papel fundamental seja no auxílio com os cuidados, esclarecimentos ao paciente referente ao seu tratamento e até mesmo auxílio na compra de medicamentos. Sendo assim, promover o fortalecimento desses vínculos é de extrema importância e competência do profissional de Serviço Social, sendo o momento da visita e do acompanhamento um momento oportuno para o estabelecimento de tal diálogo.

Como mencionado anteriormente, o assistente social tem dificuldade em ser reconhecido em seu espaço sócio ocupacional devendo o mesmo ter clareza de suas atribuições para que não lhe recaiam demandas que não lhe competem (MIOTO; NOGUEIRA, 2009). Evidenciando que ao chegar uma demanda que não é de sua responsabilidade o papel do assistente social é encaminhá-la ao profissional ou setor responsável (CFESS,2010). Além disso, é perceptível que em qualquer situação que foge aos padrões esperados é solicitada a presença do profissional de Serviço Social.

Neste espaço hospitalar, muitas vezes, o assistente social necessita disputar diferentes concepções de direito para que consiga prestar um atendimento humanizado aos pacientes e seus familiares, devido à centralidade ainda existente no médico. Sendo assim, muitas vezes as questões biológicas são sanadas, contudo, ainda persistem demandas sociais a serem resolvidas, o que impede a alta social do usuário e, conseqüente a sua desospitalização, gerando questionamentos quanto a sua permanência na instituição.

O médico tem dificuldade em compreender que mediante a intervenção do assistente social é possível garantir uma alta segura e protegida com a redução de agravos sociais para que o paciente e seus familiares tenham condições adequadas no processo de cura e recuperação após a alta.

O profissional de Serviço Social que atua na saúde precisa se posicionar criticamente frente a diversas questões, fazendo-se necessário luta e ação para reconhecimento também da profissão, que se encontra pouco valorizada ou até mesmo desconhecida no âmbito da instituição, sendo solicitada em alguns casos apenas em questões complexas e emergenciais.

Segundo Vidal e Guilherme (2019), dentro da instituição de saúde o profissional de Serviço Social atua como mediador entre o hospital e o demandante, ainda que as questões postas pelos usuários devam se sobressair, com ênfase na efetivação dos direitos. Nesse momento, mais uma vez o assistente social pode desenvolver relação conflituosa entre os interesses do empregador e do usuário do serviço. Ou seja, esse profissional trabalha em prol da defesa dos direitos da população usuária garantindo a democratização no acesso aos serviços.

Sendo assim, para a realização de seus atendimentos o assistente social precisa recorrer as três dimensões do Serviço Social: teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas. A primeira dimensão é referente ao arcabouço teórico capaz de propiciar a criticidade para o desvelamento da realidade através da relação entre teoria e prática; a segunda diz respeito aos instrumentais utilizados durante os atendimentos, os quais são responsáveis por especificar o cunho social da profissão e; por último, a dimensão ético-política, que vai dialogar a respeito da Lei nº 8662/93, de

regulamentação da profissão, as Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996 e o Código de ética do Assistente Social de 1993 (TAVARES,2020).

Com base na experiência de campo de estágio em hospital da autora, os instrumentais utilizados com maior frequência na atuação hospitalar são: entrevista social, relatório social e parecer social. A entrevista social é o primeiro contato com o paciente ou seu familiar, feita a partir de perguntas estratégicas e por meio de uma escuta qualificada, através das quais é possível compreender a realidade vivenciada, os desafios e as vulnerabilidades do sujeito. O relatório social se caracteriza como a síntese da situação apresentada durante a entrevista social, este costuma ser requisitado quando é necessário o envio para outros órgãos como, por exemplo, o Conselho Tutelar. Por conseguinte, e não menos importante, o parecer social, aparece no cotidiano de atuação através de solicitação de outros profissionais e também junto com o relatório social, sendo esse instrumento, mesmo que em breves linhas, responsável por emitir o ponto de vista técnico do profissional referente à demanda em questão.

De acordo com o que aponta Martinelli (2011), o cotidiano profissional, se materializa e concretiza a dimensão política da profissão e possibilita o reconhecimento dos usuários como sujeitos de direitos, tendo como objetivo final a sua autonomia social. Todavia, é importante destacar que para a concretização de seu objetivo, o assistente social deve utilizar de maneira correta os seus instrumentais de trabalho, ou ao contrário pode incentivar a legitimação de poder.

Em razão disso, o prontuário do paciente é um objeto de atuação do Serviço Social dentro dos hospitais, e deve ser escrito de forma cautelosa a fim de assegurar que sejam socializadas com a equipe multidisciplinar informações relevantes sobre a situação de saúde do paciente sem violar informações sigilosas.

Com base em Martinelli (2011), a área da saúde envolve o trato com pessoas que se encontram fragilizadas, lidando com a vida em suas diversas formas abrangendo desde o nascimento até a morte do paciente. Fazendo-se necessário um toque humano: “um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que se possa fortalecer a sua humanidade” (idem, p.499). Dessa maneira, possibilitando a reprodução social do indivíduo na sociedade enquanto profissional responsável pelo cunho social, no sentido de garantir a integralidade do atendimento para a saúde do usuário.

O cuidado com os pacientes dos hospitais deve transcender o seu espaço físico, em busca de fortalecimento de vínculos familiares e com a comunidade em que o interno convive, considerando que é na sociedade onde o usuário constrói sua vida, e através dela gera desafios e obstáculos que podem influenciar na saúde, mas também esse espaço pode ser essencial para sua cura (MATINELLI,1995).

Destarte, no contexto hospitalar o assistente social é essencial não somente no processo de alta mas também no processo de finitude da vida, sendo este profissional quem atua em conjunto com a equipe multidisciplinar para garantir a chegada do fim da vida com dignidade e o menor sofrimento possível. E, no processo pós óbito auxilia no acolhimento dos parentes, orienta sobre os encaminhamentos dentro da unidade e acesso ao enterro social quando necessário.

Em suma, conforme aponta Costa (2000) o trabalho desenvolvido no interior do SUS pelo profissional de Serviço Social não deve ser menosprezado sendo crucial considerando que conseqüentemente contribui para a efetivação do SUS e se consolida como mediador entre os diferentes níveis de complexidade do SUS e com as redes intersetoriais permeando outras políticas públicas para o atendimento integral das necessidades de seus usuários.

2.2. O trabalho do assistente social com famílias

Seja dentro de instituições públicas ou privadas, na maior parte do tempo o assistente social é o profissional responsável por estar em contato direto com as famílias. Conforme destaca Mito (2004) o assistente social é o profissional mais bem preparado para lidar com tais questões pois tem a família como objeto privilegiado de mediação. Historicamente, o assistente social mantém relação com as famílias, todavia, com o viés culpabilizador, colocando a família como responsável por sua proteção. Na atualidade é que vem sendo requisitado do assistente social uma intervenção crítica permeada por políticas públicas e sociais (HOST; MIOTO, 2017).

A família existe desde os primórdios da humanidade, e com o passar dos anos passou por diversas modificações em sua estrutura e distribuição de papéis, sendo o modo de produção capitalista responsável por parte considerável dessas transformações. Este sistema capitalista interfere nas famílias de maneira tão forte que determina até mesmo como deve se estruturar, dando ênfase a família monogâmica que torna como modelo relacionamento entre homem e mulher. Todavia, nos dias atuais é possível ver existem diversos arranjos familiares, compostos :filhos adotivos, mães solas, uniões homoafetivas e outros. Porém, isso não invalida a família, mostrando que os novos arranjos podem ser ainda mais eficientes, cabendo ao assistente social uma reflexão acerca de suas especificidades (CHRISTIANO; NUNES, 2013).

Christiano e Nunes (2013) traz em sua discussão sobre o conceito de famílias que com os novos arranjos a família pode ser entendida para além da consanguinidade, dessa forma podendo ser compreendida como aqueles que por grau de parentesco ou por afinidade residem sobre o mesmo teto e aderem as normas de convivência e do cuidado.

Adiante, segundo Santos (2016) mesmo com o passar dos anos o que não muda é a centralidade do cuidado e bem-estar imposta a família e majoritariamente a mulher, exercem um papel de cuidado ainda socialmente associado ao gênero feminino. Essa situação explicita conforme aponta Monteiro, Agostinho e Daniel (2015) a chamada desigualdade de gênero que consiste na realidade onde homens e mulheres tem papeis pré estabelecidos, configurando-se em oportunidades diferentes para ambos. Tal situação é histórica, sendo associado a mulher “papéis no domínio privado, de cuidado, com base em características mais emocionais e relacionais” (MONTEIRO; AGOSTINHO; DANIEL, 2015, p.426).

Dessa forma, no âmbito hospitalar essa realidade se faz presente, ao verificar que os acompanhantes são maioria do público feminino, demandando do Serviço Social atendimento crítico focado na emancipação do paciente e de sua cuidadora a fim de não reforçar os padrões estabelecidos de atribuir a questão do bem-estar somente a família sem considerar o aparato que o Estado deve oferecer e a responsabilização do capitalismo em relação ao seu modo de produzir que gera consequências que impactam na saúde.

Durante sua atuação profissional, o assistente social deve gerar um processo de educação em saúde capaz de promover o rompimento do conservadorismo existente em outras profissões que neutralizam a questão do cuidado atribuído as famílias mesmo quando não há tal possibilidade, seja por recursos financeiros ou por questões psicológicas.

Com as mudanças nas estruturações familiares, as mulheres também passaram a ter o espaço de chefe de família e a questão do cuidado não se transferiu para o outro gênero, transferindo apenas o parentesco passando a responsabilidade de cuidar a outra mulher, seja, a filha, a tia, a sobrinha e etc. E, isso acaba por gerar uma sobrecarga pois suas funções não diminuem apenas são redistribuídas. Dessa forma se faz necessário uma reflexão a respeito das políticas de proteção social brasileira (BARCELOS,2011).

No âmbito da saúde, a família é mencionada até mesmo normativas que delegam e orientam como precisa ser o atendimento no SUS como é o caso da Política Nacional de Humanização de 2003, que apesar de incentivar a valorização de outros atores para o cuidado e o compartilhamento de tal atribuição, no entanto, ainda sim, a família ainda tem a centralidade (BRASIL,2003). Ademais, um ponto em comum a ser destacado segundo Barcelos (2011), todas as normativas, diretrizes e manuais expedidos pelo Ministério da Saúde em prol da melhoria da Política de Saúde contam com a família para sua concretização.

Adiante, durante o momento de internação hospitalar, a família é como suporte emocional, auxílio financeiro, aceitação ao tratamento, ajuda em atividades da vida diária para o paciente dentre outros. Contudo, as peculiaridades da vida cotidiana impede que isso aconteça em boa parte dos internados. E nesse momento, o assistente social é responsável por fazer uma escuta qualificada e um estudo social para compreender e analisar quais são as alternativas e articulações possíveis para que seja possível continuidade e êxito do tratamento.

Entretanto, é importante destacar que mediante a legislações vigente, não são todos os pacientes internados que podem ter acompanhante, dessa maneira, são assegurados para menores de 18 anos conforme o artigo 12 do Estatuto da Criança e do adolescente (Lei 8069/1990) e também para idosos com mais de 60 anos (Lei 10471/2003). Por conseguinte, gestantes também devem e podem ter acompanhantes durante e após o trabalho de parto (Lei 11108/2005).

Levando em consideração o que destaca Martins, Farinelli e Costa(2013) a política de saúde não fornece o apoio necessário as famílias na prática, atrelando a ela somente suas responsabilidades esquecendo-se que se faz necessário a sua emancipação social para que possam aja capacidade do cuidado, considerando que o momento da internação hospitalar é um momento inesperado e delicado. Em alguns casos, as famílias acabam recorrendo ao Serviço Social como uma forma de refúgio, para a amenização dos problemas que interferem no processo saúde-doença.

Por fim, a família é essencial no cuidado e deve se primar durante a atuação para o fortalecimento dos vínculos quando possível, entretanto, há muitos casos nos hospitais que demandam atuação do assistente social onde os pacientes tem vínculos familiares fragilizados e por essa razão o núcleo familiar não é capaz de promover a proteção social e um cuidado mínimo para esse usuário tendo que recorrer a outras alternativas para acolhimento como as redes socioassistenciais.

2.3. Redes socioassistenciais: instituições de acolhimento

As redes intersetoriais estão presentes no cotidiano profissional do Serviço Social ao realizar a mediação para a garantia de direitos. Elas extrapolam a estrutura física dos hospitais podendo ser compreendida como todas as outras instituições com que o assistente social se articula para realizar a desospitalização desse usuário, visando sempre que ocorra a manutenção do direito de cidadania. Dessa forma, o assistente social deve-se estar sempre em contato com essas redes intersetoriais para que consiga entender quais são os desafios a serem enfrentados pelo usuário e para o encaminhamento do mesmo, driblando dessa maneira os limites que permeiam a sua atuação como, por exemplo, desmontes neoliberais (ANDRADE; COSTA; NORONHA et al 2015).

Por conseguinte, durante a sua atuação profissional o assistente social precisa acionar outras políticas sociais, todavia esse trabalho se debruçou especificamente as redes ligadas a política de assistência social, pois transpassa o objeto de estudo em voga. Para o seu pleno funcionamento é necessário que ocorra uma boa comunicação interdisciplinar. O pleno desenvolvimento da política social e pública possibilita ao usuário ser reconhecido como sujeito de direito. De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004 a rede socioassistencial pode ser entendida como:

“um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade” (PNAS, 2004, p.94).

Não obstante, a PNAS define a rede como ações públicas ofertadas pelo Estado, porém, tais ações não ocorrem exclusivamente por meio de atividades estatais pois as Organizações Não Governamentais (ONG's) também operam no setor. No contexto hospitalar, no trato das internações adultas, as redes com a qual o assistente social mais tem contato são: o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) quando encaminha para a concessão de benefícios e participação em programas sociais, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) quando lida com a violação de direitos e o mesmo auxilia no fortalecimento de vínculos familiares, as Instituições de Acolhimento (ONG'S, de longa permanência, acolhimento temporário, acolhimento de pessoas com deficiência) quando necessário para obter ajuda na desospitalização de pacientes.

Segundo Andrade, Costa e Noronha et al (2015) durante o seu trabalho, o assistente social precisa ter algumas atribuições como um vasto conhecimento sobre a realidade, pensamento crítico sobre como a questão social se expressa e além disso necessita ter amplo conhecimento das instituições que compõem a rede intersectorial para que oriente e encaminhe da melhor forma para o serviço pretendido.

As unidades de acolhimento institucional do Distrito Federal se vinculam a Proteção Social de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e fazem parte da Secretaria de Desenvolvimento Social a qual é corriqueiramente chamada por sua sigla SEDES. As unidades de acolhimento acolhem tanto famílias quanto apenas indivíduos os quais tenha seus vínculos fragilizados ou de fato rompido tendo como finalidade a proteção social. De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais estão dentro das possibilidades de serviços de acolhimento institucional estão: abrigo institucional, casa lar, casa de passagem e a residência inclusiva (BRASIL,2009).

Dando continuidade, para acesso aos serviços ofertados é necessário contato telefônico com a Central de Vagas a qual o direciona para uma lista de espera para acolhimento, no âmbito hospitalar, tal comunicação com a Central de Vagas ocorre também por sistema de comunicação interno eletrônico.

Na atuação nos hospitais o assistente social aciona a rede socioassistencial em casos de internações social, o qual visando o atendimento integral ofertado pelo SUS. Nesses casos, quando o paciente ainda tem algum vínculo familiar são realizadas todas as alternativas possíveis de reconciliação ou de fortalecimento dos vínculos e também as medidas legais para que o acolhimento institucional seja a última opção tendo em vista que a espera por uma vaga para acolhimento é demasiadamente longa.

As instituições de acolhimento podem ser classificadas por públicos de abrangência, segundo Camarano e Barbosa (2016) a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), anteriormente denominada de asilos, tais instituições chegaram ao Brasil nos anos 1980, e são um local para acolher idosos com 60 anos ou mais que por alguma razão suas famílias não podem suprir seus cuidados e também em situações que se faz necessário a retirada do idoso do convívio familiar seja por maus-tratos, violência, abandono e afins. As ILPI's são um espaço coletivo de convivência, com caráter residencial, que visam garantir o direito à cidadania e contam com serviços de saúde também. Entretanto, cabe salientar que apesar de oferecer atendimentos a saúde o seu foco não são cuidados com a saúde. Na gênese dessas instituições, o seu foco era a população empobrecida que não tinham onde morar e em função disso ainda há pessoas que chamam tais instituições de abrigos.

Em conformidade com Camarano e Barbosa (2016) os acolhimentos de caráter residencial de idosos, ainda é permeado de estigmas, gerando a culpabilização dos familiares por estar “abandonando” aquele idoso, porém os parentes interessados ainda podem visita-los nesses lares e o convívio com os novos membros da instituição acaba por agregar em seus vínculos interpessoais. Contudo, há alguns casos em que mesmo no seio de seus cuidadores familiares o idoso já estava abandonado e sem assistência, dessa forma a sua chegada na unidade de acolhimento é apenas mais uma justificativa para a ausência. Os moradores dessas instituições são muito bem tratados, recebem roupas, calçados, remédios e afins.

Conforme apontado no subitem anterior, os novos arranjos familiares também estão moldando transformações nas redes de acolhimento, pois com a diminuição do número de integrantes das famílias e a mulher trabalhando formalmente e informalmente e em alguns casos sendo família monoparental esse cuidado acaba por ser terceirizado as instituições de acolhimento. E, com o passar dos anos a tendência é

que tal demanda aumente considerado que há cada vez mais idosos e a diminuição nos nascimentos (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Na atualidade, as leis vigentes no Brasil não obrigam as ILPI's a terem profissionais de saúde nas instituições, fazendo com que os atendimentos oferecidos venham de profissionais de fora da instituição. Com o crescimento da necessidade de atendimentos de saúde dentro desses espaços a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a nomenclatura: Instituições de Longa Permanência para Idosos por conta dos dois serviços prestados (ibidem, 2016).

Ademais, outra instituição bastante requisitada durante os atendimentos prestados pelo assistente social no hospital no decorrer do estágio foram as Instituições de Acolhimento para pessoas com deficiência (ILPD) que acolhem pessoas maiores de 18 anos que tem algum tipo de deficiência, ou que são dependentes para exercer as atividades da vida diária e que não tem condições para se auto sustentar financeiramente ou por meio de seus familiares. Todavia, no decorrer da pesquisa bibliográfica realizada para este trabalho, não foram encontradas menções nas legislações ou em trabalhos acadêmicos referente ao termo "ILPD" ou "Instituição de Longa Permanência para pessoas com deficiência". Porém, foi localizado nas documentações e legislações vigentes a respeito do tema, as residências inclusivas que se assemelham as ILPD's.

Segundo o caderno de orientações do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS) (2014) as residências inclusivas pode ser compreendidas como instituições que ofertam serviços de acolhimento, para maiores de 18 anos que tenham algum tipo de deficiência, que não tenham condições de prover seu sustento e que não tenha apoio familiar. Essas residências contam com estrutura adaptada, devendo contar com equipe especializada para prestar atendimentos. Esse serviço de acolhimento deve estar localizado em áreas próximas ou nas comunidades para que seja possível o convívio com o mesmo, evitando o isolamento e a exclusão social vivenciada por este público.

Com base nas ILPD's que fizeram acolhimento dos pacientes do hospital, os serviços ofertados são basicamente os mesmo, a diferença se encontra quando no caderno de orientações do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à fome (2014) as residências inclusivas são colocadas para além das funções apresentadas acima, são apontadas como instituições que recebem usuários que "estejam em processo de desinstitucionalização de instituições de longa permanência" (MDS, 2014, p.10).

Durante a pesquisa foram consultadas também assistentes sociais que atuam na assistência social do Distrito Federal sobre a diferenciação das ILPD's e das

residências inclusivas e as mesmas disseram não ter referencial a respeito. Dessa forma, como no campo de estágio eram recorrente a terminologia de ILPD para as instituições que acolhem pessoas com deficiência, durante o decorrer do trabalho será adotado tal termo.

Ressalta-se destacar que tais residências e ILPD's não se destinam a quem tem demandas ou transtornos de saúde mental, devendo as mesmas procurar unidades específicas para serem acolhidas. E casos que, há necessidade de acolhimento de famílias que ajam crianças existem os abrigos institucionais, devendo o Conselho Tutelar de referência ter ciência do abrigamento da mesma.

Em relação ao acolhimento institucional, existem também as casas de passagem que se destinam aqueles que precisam ser acolhidos de forma temporária, ou seja tem um prazo máximo de permanência sendo normalmente de 90 dias. Durante o estágio, ao se referir a casa de passagem utilizava-se o termo de: acolhimento temporário ou provisório.

Atualmente, com base em dados disponibilizados pela Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal em seu *site*, o Distrito Federal conta com dez Organizações da Sociedade Civil (OSC) que prestam o serviço de acolhimento institucional, no total são disponibilizadas quatrocentos e quarenta vagas distribuídas entre ILPI'S, residências inclusivas e abrigo institucional. Todavia, os números podem estar divergentes da realidade, pois foram atualizados em setembro de 2020 (SEDES,2020).

Conforme aponta Samira et al (2022) a situação apresentada acima demonstra o descaso com a Política de Assistência Social no DF, que apesar do aumento das desigualdades sociais os investimentos em tal política foram reduzidos, provocando a precariedade do sistema de proteção social trazendo reflexos para os serviços ofertados. Segundo as autoras mencionadas acima a proteção social pode ser entendida como ações ofertadas pelo Estado com o objetivo de proteger aqueles que por alguma vulnerabilidade ou eventualidade não conseguem promover sua proteção e superar as situações de risco vivenciadas. .

Além das instituições de acolhimento o processo de desospitalização envolve outros dispositivos da rede social como o Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED) o qual fornece fórmulas para pacientes que utilizam sondas ou ostomias e estão estáveis e podem continuar mantendo os cuidados necessários no domicílio e ser acompanhado pela atenção primária de saúde ou a média complexidade com especialistas. O Núcleo de Atenção Domiciliar (NRAD) também é uma alternativa no processo de reinserção do paciente em seu núcleo familiar, destinando-se a pacientes que se encontram acamados, o NRAD atua com uma equipe de profissionais

da saúde como médicos, enfermeiros, assistente social e outros para manter o acompanhamento necessário. Contudo, para ser aceito em ambos os programas é necessário passar por uma entrevista social que é feita pelo assistente social visando conhecer as condições de recebimento e cuidado do paciente em seu domicílio, durante a entrevista são coletas informações a respeito de quem vai ficar responsável de fato pelo paciente.

E ainda, nesse processo de desospitalização a última alternativa antes do acolhimento institucional é a judicialização do caso, visando acionar os órgãos competentes e os familiares para que de fato se esgotem todas as possibilidades de reinserção no núcleo familiar ou de conseguir recursos dos parentes para ser financiado um cuidador profissional.

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS

3.1. Metodologia

Conforme aponta Lima, Miotto e Prá (2007) o diário de campo e toda a documentação produzida pelo assistente social durante as suas intervenções devem ser valorizadas, pois, ao serem analisadas de forma teórica contém informações preciosas, podendo significar avanços da prática e da teoria. Dessa maneira, a utilização das documentações produzidas durante o estágio buscou enaltecer o potencial da experiência quando descrita de forma adequada, uma vez que pode ser analisada e culminar na produção de conhecimento sobre a realidade e as práticas profissionais. A respeito das memórias no diário de campo, Oliveira (2014) destaca que as memórias fazem parte do ser humano e são fundamentais na escrita dos diários de campo.

O diário de campo é um instrumento de pesquisa riquíssimo pois com as reflexões descritas nele é possível coletar aspectos que por outros meios não seriam possíveis como, por exemplo: reflexões, gestos corporais, situações recorrentes e etc (OLIVEIRA,2014). Durante a formação acadêmica é exigido o cumprimento de dois semestres de estágio. No primeiro semestre, o estágio curricular consiste, majoritariamente, na observação dos atendimentos realizados pelas supervisoras de campo, podendo ocorrer breves intervenções por parte do estagiário, quando questionado pelas assistentes sociais. Próximo ao encerramento desse primeiro semestre de atividades práticas, o estagiário já começa a ter maior autonomia e passa a ser autorizado a realizar atendimentos mediante supervisão e intervenção da profissional. Nesse momento, se inicia de fato o contato com os demandantes e com sua realidade social.

Por conseguinte, durante o segundo estágio curricular o qual se empenhou está pesquisa, o estagiário já tem melhor maturidade teórica e prática, passa a planejar as intervenções e tem maior espaço de participação nos casos. Foi durante os atendimentos prestados que a autora desta pesquisa percebeu a necessidade de compreender e analisar os casos sociais e de interações sociais, tendo em vista que é um problema de relevância social que perdura por anos, ocorre também em outros hospitais públicos e privados, seja no Distrito Federal ou em outros estados do país, e impacta nas condições de vida dos indivíduos atendidos no SUS.

Cabe destacar que essa pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética, pois se trata de uma pesquisa documental e análise de memórias e impressões da realidade que foram registradas pela própria autora desta pesquisa em seu diário de campo e em relatórios analíticos de estágio, não contendo dados específicos, ou que possam a vir identificar quaisquer que sejam profissionais ou pacientes. Durante a elaboração deste trabalho alguns cuidados éticos foram utilizados tais como: preservação dos nomes das

peças participantes dos processos de trabalho descritos, não foi especificado o nome da instituição os quais os dados foram coletados, ao invés de utilizar a faixa etária dos usuários utilizou-se a média de idade, e, algumas temáticas foram abordadas de forma geral para que não houvessem a possibilidade de identificação de algum paciente.

O trabalho consistiu em um estudo qualitativo de alcance exploratório e descritivo, pois como discorre Minayo et al.(2002), tal abordagem qualitativa se debruça sobre as relações sociais envolvendo os seres humanos, os quais não são passíveis de obtenção por meio de dados matemáticos.

3.2. Alta Social, internação social e seus reflexos na vida dos pacientes

O processo de alta hospitalar envolve um trabalho multidisciplinar, uma vez que o paciente precisa ser considerado em sua integralidade e não apenas com foco na doença física. A equipe multidisciplinar de atendimentos normalmente era composta por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais. O termo multidisciplinar é comumente utilizado, segundo Paiva, Resende, Paulo et al referindo-se (2019) quando diversas especialidades de profissionais atendem o paciente, visando resolver todas as suas necessidades, porém sem necessariamente trabalhar em conjunto e/ou discutir a respeito do caso. Todavia, há momentos que ocorreram trabalhos de forma interdisciplinar que conforme aponta Paiva, Resende, Paulo et al (2019) são mais enriquecedores, pois ocorre um diálogo entre os profissionais e consequentemente atuam de forma articulada, apesar de se estabelecer a especificidade de seus saberes.

A integralidade do cuidado como um princípio fundamental do SUS consiste em viabilizar práticas de saúde que envolvam ações de promoção e prevenção, fugindo da prática meramente curativa, partindo desse pressuposto, compreende-se que o indivíduo deve acessar todos os níveis de atendimento à saúde (atenção básica, média complexidade e alta complexidade) e sendo entendido como um sujeito social (SOUZA; ARAÚJO; JÚNIOR et al. 2012).

Sendo assim, para o sucesso da alta médica é imprescindível o trabalho do assistente social, a fim de que se avalie os desafios a serem enfrentados pelo paciente após a alta. Com esse parecer, o assistente social avalia a viabilidade de emitir a alta social, que é dada quando se identifica que o paciente tem condições de continuar o tratamento e manter os cuidados necessários, visando a sua inserção nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e assim, evitando uma possível reinternação.

As RAS são um conjunto ações e serviços de saúde que envolvem os três níveis de complexidade do SUS tendo como foco a integralidade do atendimento e na promoção e prevenção da saúde. Nessas redes, todos os níveis de atenção à saúde tem a mesma importância, porém as ações são gerenciadas pela atenção primária de

saúde, visando que um atendimento de qualidade nesse nível de complexidade, que pode evitar a necessidade do uso de maiores densidades tecnológicas. As RAS ofertam também temáticas específicas como, por exemplo, rede de atenção a pessoas com doenças crônicas (MENDES,2010).

Diante desse contexto, importante mencionar que apesar de ser desenvolvida em conjunto com a equipe multidisciplinar, a alta social é uma atribuição dos assistentes sociais. Segundo Seibert, Mangini e Kourek (2019), a alta social é um mecanismo para viabilizar o conceito ampliado de saúde, efetivando o direito à cidadania do usuário. Tal prática está amparada pela Lei 8080/1990, no projeto ético-político da profissão e na Política Nacional de Humanização(PNH). O assistente social deve primar para que a alta social ocorra em conjunto com a alta médica, porém devido às particularidades de cada caso, nem sempre isso é possível, resultando na internação social. Nesses casos a alta médica acontece antes que seja possível viabilizar a garantia de condições mínimas necessárias para o bem-estar do usuário fora do hospital, uma vez que ainda persistem muitas dificuldades para a articulação da rede.

Os pacientes que necessitam da internação social geralmente não dispõem de condições adequadas para a manutenção de sua subsistência momentânea ou a longo prazo, e/ou até mesmo não dispõe de local para moradia (SEIBERT; MANGINI; KOUREK(2019). Esses pacientes pós alta médica, fazem parte da internação social que consiste na sua permanência no âmbito hospitalar porém sem indicações clínicas para permanecerem internados, ou seja, a partir do momento em que esse paciente está em condições de alta médica e não é removido do leito, o mesmo já faz parte do quadro de internação social.

O CFESS (2010) orienta que nesses casos, quando o usuário já tiver recebido a alta médica, porém ainda não estiver apto para a alta social, que o profissional do Serviço Social notifique a equipe e registre em prontuário a intervenção realizada. Com isso, frisa-se a importância do trabalho em equipe e tenta-se promover a ponte entre a equipe assistencial e o usuário/familiar.

Entretanto, nem sempre essa comunicação da equipe é eficaz, uma vez que encontram-se dificuldades de aceitação da atuação do assistente social por parte de outros profissionais da equipe. Segundo Vasconcelos (2012), o assistente social pode ser considerado em algumas circunstâncias um profissional desvalorizado diante da sociedade, visto que durante o desenvolvimento de sua prática lhe são atribuídas demandas que se forem analisadas sem o aporte teórico da profissão, acabam lhe caracterizando como desenvolvedor de ações de voluntarismo e caridade. Vasconcelos (2012), destaca ainda que o profissional enquanto parte da classe trabalhadora sofre constantes tensionamentos e correlações de forças nos processos de trabalho para que

suas intervenções estejam dentro dos padrões estabelecidos pela instituição, contribuindo assim para o enfraquecimento da profissão.

Adiante, durante o estágio foi possível perceber que muitas vezes, os profissionais de saúde pertencentes à equipe multidisciplinar nem sempre leem as evoluções sociais registradas no prontuário do paciente, dificultando, assim, o diálogo entre a equipe e também a efetivação dos direitos dos pacientes. Em consequência disso, ocorre também a sobrecarga do assistente social, pois essa prática de não ler as evoluções do Serviço Social, gera o retorno da mesma demanda a este profissional, gerando a necessidade de que o assistente social explique a sua intervenção demasiadas vezes.

Essas questões são relevantes para discutir as implicações do trabalho do assistente social no processo de alta hospitalar. As mesmas puderam ser melhor observadas na prática da autora desse trabalho, durante a sua experiência em estágio curricular desenvolvido em um hospital público do DF. Sendo assim, a discussão a respeito do tema aqui exposto será embasada nos registros realizados em diário de campo e relatórios de estágios nesse período. Tais registros foram feitos com base nas observações feitas durante os atendimentos realizados com os pacientes e leituras dos prontuários dos mesmos, especialmente no que diz respeito aos pontos importantes que estavam associados ao impedimento da alta social.

A experiência narrada por essa estagiária foi feita a partir do acompanhamento de pacientes em internação social no momento do estágio. Buscou-se observar as particularidades de cada caso, bem como as semelhanças e diferenças no desfecho de cada um deles. Além disso, visou-se observar os desafios que foram necessários ser superados pelo assistente social para que fosse possível a desospitalização do paciente.

A internação social é permeada por um contexto histórico que envolve uma extensa história de vida. A ausência de familiares durante o momento de adoecimento e internação diz muito sobre a sua vivência, as quais estão imbricadas: vulnerabilidades sociais, conflitos familiares, traumas, comportamentos agressivos, dentre outros. Cabe mencionar que as vulnerabilidades sociais no campo da saúde podem ser compreendidas como situações cotidianas, permeadas por fatores históricos e/ ou fenômenos esporádicos que influenciam de forma pejorativa nas condições de vida da população (LORENZO,2006). Por conseguinte, os familiares desses usuários apresentam narrativas diversificadas para o não acolhimento desses pacientes. Porém, durante os atendimentos, foi possível refletir que culpabilizar essas pessoas não é a melhor alternativa. Fazendo-se necessário uma intervenção crítica e cautelosa.

A autora acompanhou oito pacientes em internação social entre os meses de julho e setembro de 2022 em unidade hospitalar, todavia, cabe salientar que, não necessariamente, a admissão destes na unidade ocorreu nesse período. A média de idade desses pacientes era de 67 anos. O prazo em que as internações sociais perduram é bastante variável, podendo durar entre um mês ou até ultrapassam o período de um ano. Estes eram tanto do sexo masculino como feminino, alguns com histórico de reinternações e/ou com vínculos familiares fragilizados que englobavam famílias extensas.

A família extensa ou ampliada pode ser entendida como parentes próximos da linhagem do pai e da mãe do usuário e que tenham algum vínculo com o indivíduo em questão (OLIVEIRA,2020). Em boa parte dos casos, esses pacientes eram pessoas que não casaram ou o seu companheiro já tinha vindo a óbito. O cuidado desse paciente antes da internação geralmente estava nas mãos de mulheres, em apenas um dos casos analisados o cuidado se encontrava nas mãos de um homem.

Os usuários com o vínculo familiar fragilizado podem ainda não ter tido nenhum direito violado, porém não conseguem mais ter a sua proteção social provida por si ou por membros da família, correndo, assim, o risco de terem seus direitos violados. Sendo papel da proteção social básica evitar que a violação venha a ocorrer. Quando os vínculos familiares se encontram rompidos e o sujeito encontra-se em situação de extrema vulnerabilidade social, é necessária uma intervenção direta do estado por meio da proteção social especial (BRASIL,2013).

Tais pacientes chegavam ao Serviço Social por meio de encaminhamento dos profissionais da equipe, de busca ativa no leito do paciente e ou como demanda espontânea, ou seja, quando algum familiar ou o próprio paciente procura o assistente social em busca de atendimento.

Durante o processo de acompanhamento destes usuários e familiares várias dificuldades apareceram para o assistente social, as quais foram: dificuldade no fortalecimento do vínculo familiar, demora para conseguir vaga em instituição de acolhimento, conflitos com profissionais da equipe assistencial ao paciente que resistem na permanência do paciente na unidade pós alta médica, não enquadramento dos pacientes nos critérios estabelecidos pelas instituições de acolhimento, falta de compromisso de outras unidades da saúde para cumprir com o acordo estabelecido no momento da desospitalização do paciente.

Durante o processo percorrido para a alta social, os CRAS e CREAS também tem um papel fundamental para o fortalecimento dos laços de pertencimento. O CRAS atua por meio da proteção social básica e fornece serviços tais como acesso a benefícios que iram possibilitar algum tipo de renda, promove uma escuta qualificada

para conseguir identificar eventuais risco de violação de direitos, promove também ações em grupo com outros membros da comunidade tendo como objetivo final a emancipação do indivíduo e sua permanência do seio da família (MDS,2009). Enquanto que, o CREAS trabalha com indivíduos que já tiveram o seu direito violado e se encontram em situação de risco, atuando em cima das consequências dessa violação com foco em amenizar os impactos causados pelo rompimento do vínculo. O CREAS atua ofertando serviços da proteção social especial que contempla o acolhimento da família, orientações sobre seus direitos jurídicos, oferta ações que torne possível a superação da situação vivenciada (BRASIL,2013).

Conforme aborda Wanderley, Martinelli e Paz (2020) a intersetorialidade dos serviços ofertados requer uma articulação entre os mesmo para que ocorra a complementariedade nos serviços ofertados, considerando os desdobramentos da questão social como um todo. O desenvolvimento da intersetorialidade reflete em melhorias na vida população e faz com que as políticas sociais compartilhem obrigações.

Dentro da unidade hospitalar pública, a lógica curativista e hospitalocêntrica requer de toda equipe profissional que a desospitalização ocorra o mais rápido possível, considerando que há poucos leitos em vista da quantidade de pacientes à espera de atendimento. Contudo, a integralidade é um dos princípios fundamentais do SUS e deve ser cumprido, até porque em alguns casos em que a recuperação fora do hospital não ocorreu de maneira bem sucedida houve a reinternação do paciente.

É importante mencionar que os usuários que fazem parte da pesquisa em sua maioria recebem algum tipo de benefício financeiro do governo ou é aposentado, porém devido ao grau de comprometimento de sua saúde, os familiares alegam que os valores recebidos não conseguem custear nem mesmo despesas básicas como medicamentos, o que dificulta o acolhimento do mesmo pela família. Diante disso, é possível observar as consequências do capitalismo para o envelhecimento das pessoas de camadas mais pobres da sociedade, levando em consideração o que aponta Custódio (2018), o envelhecimento populacional não pode ser interpretado as margens das relações sociais do atual sistema de produção. A questão de classe deve ser um fator primordial ao analisar a velhice, pois tais pacientes enquanto parte da classe trabalhadora trabalharam a vida inteira em prol de garantir condições mínimas de sobrevivência para si próprio e para sua família e conseqüentemente promovendo o crescimento do capital, e chega nessa fase da vida, se encontra apenas sobrevivendo, ou seja sacrificou-se com a venda da sua força de trabalho e chegou a essa etapa da vida assistido de forma inadequada pelo Estado, seja através de uma aposentadoria fruto de seu trabalho que

corresponde cerca de um salário mínimo ou por meio de benefício que em alguns casos não chega ao valor do salário mínimo .

Com a contrarreforma na previdência social gestada durante o governo de Michel Temer tal situação tende a se agravar ao considerar que em um futuro próximo o envelhecimento se dará diante do mercado de trabalho, pois devido as condições impostas dificilmente essas pessoas conseguiram se aposentar, considerando que essa contrarreforma aumenta a quantidade de anos trabalhados necessários para se aposentar e também eleva a idade do trabalhador para que consiga acessar tal aposentadoria. Os desmontes na previdência social podem ser encontrados na de Emenda Constitucional (EC) nº103. Com tal a aprovação de tal EC nº103, o trabalhador precisaria contribuir por 40 anos para conseguir receber sua aposentadoria com a média de todas as suas contribuições, ou ao contrário disso o texto prevê que o valor a ser recebido seria calculado em cima da média de 70% das contribuições. Em relação a idade passa a ser de 62 anos para mulheres urbanas e 65 para homens urbanos. Dentre as contrarreformas que vem ocorrendo na previdência social desde a sua regulamentação em 1988, esta contrarreforma pode ser considerada a mais agressiva e destrutiva para os trabalhadores acarretando diretamente em seu processo de adoecimento (GONÇALVES; FIGUEIREDO; CÉSAR et al. 2018 e BRASIL,2019).

Conforme aponta Custódio (2018) o trabalho no capitalismo não leva em consideração se o salário consegue suprir ou não as necessidades básicas de cada indivíduo focando-se apenas na geração de mais-valia. Dessa forma, nessa fase da vida, o indivíduo é considerado descartável pelo capital pois não tem mais condições de produzir mais-valia. Schneider e Irigaray (2008) corroboram com tais apontamentos ao definirem o envelhecimento para além da idade, colocando-o como:

“consequência das experiências passadas, da forma como se vive e se administra a própria vida no presente e de expectativas futuras; é, portanto, uma integração entre as vivências pessoais e o contexto social e cultural em determinada época, e nele estão envolvidos diferentes aspectos: biológico, cronológico, psicológico e social”.
(SCHNEIDER E IRIGARAY, 2008, p.586)

Considerando a forma como a mão de obra é explorada, o adoecimento e conseqüentemente a internação na velhice é reflexo das condições de vida vivenciadas. Dessa forma, devido ao aumento do custo de vida e a ausência de recursos financeiros para suprir as necessidades postas pelo paciente, a família, que também é ou já foi explorada pelo capital também, não tem condições mínimas de arcar com tais custos e acaba por recorrer as instituições de acolhimento para tais pacientes.

Com o avanço do envelhecimento, os grupos familiares são compostos cada vez mais por idosos; alguns deles apresentam limitações no desenvolvimento de atividades

cotidianas, precisando de alguém que os auxiliem na execução de tais atividades. Isso acaba dificultando o cuidado por parte de algumas famílias, uma vez que não dispõem de tempo para o cuidado com o idoso e também uma sobrecarga nos responsáveis pelo cuidado dentro do domicílio. Nesses casos, a contratação de um cuidador de idosos poderia ajudar, porém, muitas famílias não dispõem de condições para essa contratação. Tal situação de grupo familiar de idosos se enquadra na situação vivenciada por dois pacientes sociais escolhidos para análise.

A culpabilização das famílias por parte de outros profissionais que prestam assistência ao hospitalizado é uma realidade recorrente, sendo, muitas vezes, colocadas como aquela que abandona, além de serem ameaçadas de denúncias aos órgãos competentes, mesmo quando a situação já está sendo acompanhada pelo Serviço Social. Diante deste cenário, destaca-se a importância da educação permanente em saúde para que esse tipo de preconceitos não sejam reproduzidos. Em consonância com Almeida, Bizerril, Saldanha et al (2016) a educação permanente deve consistir na aprendizagem e ensino no próprio cotidiano de trabalho, permitindo dedicar uma atenção especial as ações que estão sendo desenvolvidas e uma crítica a respeito das mesmas.

Por conseguinte, em casos em que há uma internação social pelo fato do/a usuário não ter um local de habitação e cuidado por familiares ou pessoas de seu convívio, é necessário que se acione as instituições de acolhimento institucional. Muitas vezes as instituições que acolhem idosos e pessoas com deficiências são estigmatizadas como reflexo do abandono familiar. Todavia, segundo Silva, Comin e Santos (2013) esse estigma de abandono vem sendo alterado ao longo dos anos, com a perspectiva de que alguns usuários destas instituições acabam por escolher estarem nesse ambiente. Porém, em sua maioria os idosos não fazem essa escolha e, assim, enxergam esse espaço como: “perda da liberdade, abandono e aproximação inexorável da morte” (SILVA; COMIN; SANTOS, 2013, p.826). Essa situação de não escolha referente ao acolhimento institucional engloba cinco dos idosos selecionados para análise. Dentre esses idosos, há uma predominância do gênero masculino aguardando para ser institucionalizado.

Durante os atendimentos no estágio, foram apresentadas narrativas diversas que justificassem a necessidade de institucionalização tais como: conflitos familiares, agressividade por parte do mesmo com suas cuidadoras, ausência de condições físicas, emocionais e financeiras e sobrecarga do responsável pelo cuidado.

O conflito familiar é um determinante crucial no processo de desospitalização, pois dependendo da gravidade do conflito nem mesmo a judicialização consegue determinar que o idoso seja reintegrado ao seio familiar, pois esses conflitos envolvem

questões complexas como abandono paterno, dependência de álcool e outras drogas, abandono de seus familiares por uma nova família enquanto vivia ativamente. Esses conflitos, perpassam não somente as questões financeiras, envolvem também danos psicológicos causados ao possível cuidador ou cuidadora. Em razão disso, ao serem questionados sobre a sua responsabilidade quanto ao seu cuidado, os usuários se emocionam ao relatarem as situações de abandono vivenciadas. Em alguns casos, os familiares tentam facilitar o processo de institucionalização buscando conseguir auxílio governamental como o Benefício de Prestação Continuada(BPC)¹, porém referente a se desempenhar os cuidados na recuperação do mesmo, muitos dos familiares atendidos acabam se emocionando e se referindo a história de vida envolvendo o paciente. Dessa forma, é compreensível que a situação vivenciada faz parte de um processo, construída ao logo de toda uma vida. Nessa tentativa de reintegração, o assistente social tem o papel de orientar sobre todas as consequências que recaem sobre tal tomada de decisão, podendo terminar na judicialização do caso, que é um caminho longo e trabalhoso, ficando a critério de um juiz decidir a favor ou não da vontade dos familiares. Dentro desse cenário, quatro dos oito pacientes analisados estavam permeados por conflitos familiares e em dois deles consumaram-se em processo de judicialização.

O assistente social fica em uma situação complicada nesses casos, pois, ao mesmo tempo em que sabe que o Estado tem responsabilidade na desospitalização desses pacientes, ele deve primar pela reintegração ao âmbito familiar, pois seria o caminho que resolveria mais rapidamente a saída do hospital e proporcionaria melhores condições de vida ao usuário. Porém, é importante salientar que o processo de alta social vai além da saída da dependência hospitalar, é uma forma de proporcionar a continuidade do tratamento em outros níveis de complexidade.

Quando o assistente social identifica que não é possível a realização da integração familiar, ele faz uma articulação com a rede para que seja possível identificar as possibilidades de acolhimento institucional para aquele usuário, porém, cotidianamente esbarram em dificuldades que contribuem para que o usuário permaneça um longo período em internação social. Algumas vezes essa internação também é prolongada por ser necessário aguardar uma resolutividade para a possível reinserção familiar.

Esse tempo longo de internação social pode ser prejudicial à saúde física e psicológica do paciente, o que pode culminar, por exemplo, em sucessivas infecções

¹ O Benefício de Prestação Continuada é um salário mínimo mensal assegurado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e se destina a idosos com idade igual ou superior a 65 e pessoas com deficiência de qualquer faixa etária que tenham renda per capita igual ou inferior a 1/4 do salário mínimo (MDS,2023).

decorrente do ambiente insalubre. Em alguns casos, os pacientes podem chegar a óbito enquanto esperam. Fato que aconteceu com um usuário que estava sendo acompanhado nesse período e veio a falecer enquanto esperava por vaga em instituição de acolhimento enquanto que um outro paciente analisado teve sucessivas reinfecções.

Sendo assim, o hospital não deve ser considerado como um local de permanência prolongada, sem a expressa necessidade. Ademais, os critérios estabelecidos para ingresso nas instituições de acolhimento são extensos, envolvendo vários exames, laudos médicos, visita da instituição ao paciente com objetivo de entrevista-lo e esses trâmites demandam um certo tempo.

Apesar dos obstáculos que permeiam o retorno ao lar de origem, ela ocorreu em três dos casos analisados. E um fator importante nessas reintegrações foram os dispositivos da rede social como PTNED, NRAD e as unidades básicas de saúde. Essa volta ao núcleo familiar ocorreu em razão das longas articulações gerenciadas pelo assistente social durante os atendimentos ofertados.

Considerando o que aponta Godoy e Calvoso (2019) o Estado deve dar conta das desigualdades sociais por meio das políticas sociais, todavia, é uma relação contraditória porque elas são estruturais e estão relacionadas com a questão social e exposta na cotidianidade como expressões da questão social. Partindo dessa ideia, a Política Nacional de Assistência Social de 2004 e a Norma Operacional Básica de 2005 determinam que a proteção social a toda a população deve ser promovida pelo Estado como um direito e não como um favor. Contudo, com o avanço do neoliberalismo que se instalou no Brasil após o *impeachment* de 2016, as ações passaram a ser voltadas para o assistencialismo, sucateamento das políticas sociais e públicas, ausência de responsabilização do Estado, e tais situações passam a refletir na vida dos pacientes e do profissional de Serviço Social. O descaso com a Política de Assistência Social começa quando o número de vagas e a quantidade de instituições foram atualizados há exatamente três anos atrás. A terceirização dos serviços de acolhimento institucionais de longa permanência por meio das Organizações da Sociedade também são um exemplo da contrariedade da atuação do Estado.

Ademais, outra variável que cabe ser destacada é que o período de estágio se encerrou e três dos pacientes coletados ainda não haviam conseguido ser acolhidos por instituições, ou seja, uma espera de no mínimo três meses.

A respeito dessas internações, ainda é pouco discutida na literatura científica do Serviço Social e também desconhecida pela população no geral. Durante a pesquisa bibliográfica para este trabalho não foi possível encontrar de forma pública dados de órgãos oficiais referente a quantidade de internações sociais existentes no DF ou em outros estados do país.

3.3. Questão Social e a exclusão social

A realidade apresentada no subitem anterior são reflexos da forma como as expressões da questão social são tratadas no seio do capitalismo. Sendo, o objeto de intervenção do Serviço Social fazendo-se oportuno analisá-la, dessa maneira dialogar sobre o capitalismo é importante para entender a problemática como um todo. Segundo Brito (2020), o atual sistema de produção não consegue incorporar toda a mão de obra disponível no mercado, constituindo o exército industrial de reserva, promovendo a exclusão desse público do restante da sociedade, vivendo as margens do sistema, sendo culpabilizados e criminalizados por meio do debate da meritocracia.

A questão social acaba por conseqüentemente gerar exclusão social, todavia, as expressões da questão social quando atreladas ao conceito de exclusão social sem a devida criticidade acaba por gerar uma diminuição da amplitude que envolve a questão social. A questão social é fruto do modo de produção capitalista e conforme ele se desenvolve a mesma também vai se reatualizando (SANTOS,2021).

A exclusão é constituinte do capitalismo, ampliando o desprovento de condições de sobrevivência dessa população excluída fazendo parte do plano de exploração para extração de mais-valia. Dessa maneira, como manobra do capitalismo as expressões da questão social são atendidas por meio de propostas reducionistas, visando somente a manutenção da disponibilidade daquela mão de obra. As políticas sociais surgem fruto das lutas da classe trabalhadora com o objetivo de amenizar as contradições, todavia, com o neoliberalismo essas políticas vem sendo desmontadas e as desigualdades geradas vem sendo naturalizadas (BRITO,2021).

Para que aja acumulação do capital, o Estado desempenha um papel fundamental de apaziguador de conflitos, porém com foco na dominação pela classe burguesa. Sendo a política social como: “instrumento utilizado pelo Estado para se legitimar” (BRITO,2021, p.202). Porém, apesar das atividades desempenhados o Estado é um mero ator social, e acaba que o mesmo não resolve os problemas existentes os quais são fruto da ordem societária, somente uma nova ordem poderia erradicá-los. E, dentre os onze princípios fundamentais dispostos no Código de Ética do Assistente Social encontra-se um seu oitavo princípio a discussão que dialoga justamente a respeito disso, de que sua atuação profissional do assistente social deve contribuir para que aja uma nova ordem societária, ordem essa que não exista a exploração (CFEES,1993).

Considerando Tavares(2020) para atuar diante dessa realidade o assistente social precisa ter domínio das dimensões teórico-metodológicas, técnico- operativas e ético-políticas que envolvem a profissão uma vez que dão base e proporcionam

respostas concretas que fogem para além do imediatismo. Durante as intervenções é necessário contribuir com mudanças que venham combater a questão social.

Partindo desse debate, majoritariamente a população atendida pelo Serviço Social no âmbito do hospital público são pessoas que sofrem as consequências dessa disputa de interesses sendo os pacientes que as sentem por meio do seu adoecimento e os familiares por meio do desemprego ou empregos precarizados. Dessa forma, cabe ao assistente social durante a sua atuação promover a orientação e explicação sobre a situação vivenciada para que ocorra a emancipação do usuário e conseqüentemente a consciência de classe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu evidenciar as interações sociais e conhecer os desafios que permeiam a atuação do assistente social e como ela reflete na vida dos pacientes. Por meio deste, foi possível observar também que apesar das produções de autores do Serviço Social na área da saúde, ainda há uma escassez de literaturas sobre a temática da alta social e as interações sociais. Com este trabalho, destacou-se também a centralidade que persiste no modelo biomédico, ao dialogar a respeito dos conflitos com a equipe multidisciplinar quando há a necessidade de que o paciente permaneça internado enquanto não recebe a alta social.

A realidade que permeia as interações sociais são diversas, dessa forma se debruçar sobre a análise dos oito casos selecionados foi importante para o conhecimento sobre os principais aspectos que se fizeram presentes ao longo do período de permanência na unidade hospitalar. Dentre esses aspectos destacam-se os conflitos familiares, as vulnerabilidades socioeconômicas, as instituições de acolhimento e as redes sociais importantíssimas no processo de articulação para o momento da alta emitida pelo assistente social.

A pesquisa possibilitou compreender que apesar dos esforços empenhados pelo profissional de Serviço Social durante o processo da alta social, ela não depende somente de sua atuação, dependendo também para a efetivação da integralidade do atendimento da atuação do Estado por meio das políticas sociais que apesar dos avanços conquistado ao longo dos anos como a criação da PNAS de 2004 e do SUS ainda se faz necessário um tensionamento por parte das classes subalternas para que ajam melhorias e investimentos nas mesmas para que possa haver maior agilidade no momento da desospitalização. Referente a essa precarização das redes sociais e socioassistenciais o neoliberalismo está intimamente ligado a tal conjuntura e ser assistente social diante deste cenário é ser resistência todos os dias em suas intervenções.

Destarte, na elaboração deste trabalho o diário de campo e os relatórios analíticos foram fundamentais considerando que as memórias foram importantes no momento da escrita, todavia, as descrições feitas nesses instrumentais possibilitaram maior riqueza de detalhes no momento da análise de cada caso, o que culminou na melhor qualidade e embasamento dos fatos apresentados durante seu desenvolvimento. A revisão de literatura também foi crucial para elaboração dessa pesquisa pois a mesma possibilitou refletir teoricamente sobre os embates que permeiam a realidade e permitiu também definir determinados conceitos como instituições de acolhimento, família extensa, vínculos familiares fragilizados e rompidos os quais são necessários para o entendimento dos casos sociais. O estágio foi

primordial para a efetivação deste trabalho pois o mesmo possibilitou o conhecimento da temática e a coleta dos dados para a pesquisa.

Considerando o contexto social vivenciado na atualidade, com os desmontes do SUS e das políticas públicas e sociais, o estágio supervisionado pode ser entendido como uma forma de resistência profissional, pois, apesar dos desafios enfrentados na prática profissional como a sobrecarga, a assistente social ainda se dispôs a abrir uma vaga de estágio.

Diante do exposto, no âmbito do SUS ainda há muito o que ser explorado cientificamente, podendo ser promovidas em pesquisas futuras entrevistas para conhecer diretamente do ponto de vista dos familiares e pacientes como o tempo de internação social repercute em suas vidas e também criar espaços de debates sobre o tema da alta social.

Em resumo, os diversos desafios que transcendem a atuação profissional precisam ser estudados para que possam ser amenizados de maneira que seja possível a diminuição das internações sociais. Pois as essas internações podem causar danos irreversíveis. Por isso, ampliar as produções a respeito da temática é importante como forma de tensionar que as ações e articulações com as redes ocorram de forma plena e em razão disso todos os direitos do usuário sejam efetivados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social: com base no currículo mínimo aprovado em assembleia geral extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.

ALMEIDA, Janaína; BIZERRIL, Davi; SALDANHA, Kátia *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO**, v.16, n.2, p.7-15, 2016. Disponível em: < http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-59542016000200003 >. Acesso em: 28 jan.2023.

ANDRADE, Roberta; COSTA, Tereza; NORONHA, Mayza *et al.* Rede Socioassistencial e viabilização de direitos: desafios ao Serviço Social. *In: VII Jornada Internacional Políticas Públicas*, 7., 2015, São Luís. **Artigo**[...] Maranhão:2015, p.1-10. Disponível em: < <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/rede-socioassistencial-e-viabilizacao-de-direitos-desafios-ao-servico-social.pdf> >. Acesso em: 09 jan.2023.

BARCELOS, Marina. **A incorporação da família nos serviços de saúde: um debate a partir das concepções dos profissionais num hospital de alta complexidade**. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/95947> >. Acesso em: 10 jan.2023.

BARROCO, Maria; TERRA, Sylvia. **Código de Ética do/a Assistente Social Comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016].

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília, DF: Casa Civil [1990]. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm >. Acesso em: 04 jan.2023.

BRASIL, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências**. Brasília, DF: Casa Civil [2003]. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm >. Acesso em: 07 jan.2023.

BRASIL, Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF: Casa Civil [2005]. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm > Acesso em: 07 jan.2023.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF: Casa Civil, [1990a]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm > Acesso em: 29 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e**

dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, [1990b]. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 02 maio. 2022.

BRASIL, Casa Civil. **Emenda Constitucional nº103/2019.** Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Brasília: Casa Civil, 2019. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm>. Acesso em: 27 jan.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política (2013) Nacional de Humanização – HUMANIZASUS.** Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília. Disponível em:<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf>. Acesso em: 05 out.2022.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Brasília-DF, 2016. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 22 jan.2023.

BRASIL, Presidência da República. Medida Provisória 839, de 30 de maio de 2018. **Abre crédito extraordinário, em favor dos Ministérios de Minas e Energia e da Defesa, no valor de R\$ 9.580.000.000,00, para os fins que especifica.** Brasília-DF, 2018. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Mpv/mpv839.htm>. Acesso em: 22 jan.2023.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.** São Paulo, p.1-22,2004. Disponível em:<<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>>. Acesso em: 01 maio.2022.

BRAVO, Maria; MATOS, Maurílio. Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabeth et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria; PELAEZ, Elaine; MENEZES, Juliana. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **SER Social,** Brasília, v.22, n.46, p.191-209, jan./jun.2020. Disponível em:<https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147>. Acesso em: 22 jan.2023.

BRAVO, Maria; PELAEZ, Elaine; PINHEIRO, Wladimir. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum,** v. 10, n. 1, p. 9-23, jan.-abr./2018. Disponível em:<<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>>. Acesso em: 22 jan.2023.

BRAVO, Maria. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabeth et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRITO, Flávio. A questão social no capitalismo contemporâneo: como o estado enfrenta a questão social?. **Serviço Social em perspectiva,** v.5,n.1,p.194-212,jan./jun.2021. Disponível em:<<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/3363/3524>>. Acesso em: 24 jan.2023.

BUSS, Paulo; FILHO, Alberto. A saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, v.17,n.1,p.77-93,2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt> >. Acesso em: 26 mar.2023.

CAMARANO, Ana; BARBOSA, Pamela. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que está se falando?. *In*: ALCÂNTARA, Alexandre; CAMARANO, Ana; GIACOMIN, Karla. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: **Ipea**, 2016. p.479-514. Disponível em: < <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9146> >. Acesso em: 10 jan.2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993. Disponível em: < https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf >. Acesso em: 03 maio.2022.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 82 p., 2010.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Serviço Social, Assistência Social, assistente social: você sabe a diferença?** Brasília, jun.2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1267>. Acesso em: 15 fev.2023.

CHRISTIANO, Renata; NUNES, Nilza. A família na contemporaneidade: os desafios para o trabalho do Serviço Social. **Em debate**, n.11, p.32-56, 2013. Disponível em: < <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/26982/26982.PDF> >. Acesso em: 13 jan.2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução do Conselho Federal de Serviço Social- (CFESS) nº383, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.1999. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf >. Acesso em: 01 maio.2022.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 62, 2000.

CUSTÓDIO, Letícia. O processo de envelhecimento no capitalismo contemporâneo. *In*: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 16, 2018, Vitória. **Anais[...]** Espírito Santo: 2018. p.1-16. Disponível em: < <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22635> >. Acesso em: 20 jan.2023.

GANZELLA, Marcela; ZAGO, Maria Fontão. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa de literatura. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.2, p.351-355, fev.2008.

GONÇALVES, André; FIGUEIREDO, Cosma; CÉSAR, Fernanda et al. Reformas da previdência e seus impactos nos direitos sociais: negação, focalização e privatização. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória. **Anais eletrônicos [...]** Vitória – ES: 2018, p.1-16. Disponível em: < <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22291> >. Acesso em: 28 jan.2023.

GONÇALVES, Márcio Augusto. Organização e funcionamento do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

GODOY, Emerson; CALVOSO, Flavia. Políticas Sociais no contexto do neoliberalismo: uma reflexão sobre limites do estado burguês. **Revista do CEAM**, Brasília, DF, v. 5, n.2, p.31-42, ago./dez.2019. Disponível em: < <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/26526/24445> >. Acesso em: 23 jan.2023.

HOST, Claudio; MIOTO, Regina. Serviço Social e o trabalho com famílias: renovação ou conservadorismo?. **Revista em pauta**, Rio de Janeiro, v.15, n.40, p.228-246,2017. Disponível em:< <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/32749/23568>>. Acesso em:13 jan.2023.

LIMA; Telma; MIOTO, Regina; PRÁ, Keli. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.6, n.1, p.93-104, jan./jun. 2007. Disponível em:< <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1048> >. Acesso em: 23 jan.2023.

LORENZO, Cláudio. Vulnerabilidade em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v.2, n.3, p.299-312,2006. Disponível em:< <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7986>>. Acesso em: 16 fev.2023.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.107,p.497-508,jul./set.2011. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/abstract/?lang=pt> >. Acesso em: 04 jan.2023.

MARTINELLI, M. L. O uno e o múltiplo: uma abordagem socioeducacional. In: Martinelli, M. L.; Rodrigues, M. L.; Muchail, S. T. (Orgs.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez/ Educ, 1995. p. 139-51.

MARTININI, Débora; SOUZA, Aline; ABREU, Deivid *et al.* A inserção do assistente social na área da saúde: uma reflexão sobre o município de Florianópolis. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. 2013, Santa Catarina. **Artigos eletrônicos** [...]Florianópolis:2013.p.1-11. Disponível em:< <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/A-inser%C3%A7%C3%A3o-do-assistente-social-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em:04 jan.2023.

MARTINS, Rosane; FARINELLI, Marta, COSTA; Karen. Família e Serviço Social: Reflexões acerca da experiência na unidade de terapia neonatal e pediátrica da UFTM. **Serv. Soc. e Saúde**, Campinas, SP, v.12, n.2(16), p.171-184, jul/dez,2013. Disponível em:< <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8639493/7066> >. Acesso em: 09 jan.2023.

MATTA, Gustavo; LIMA, Júlio. orgs. Estado, sociedade e formação profissional em saúde:contradições e desafios em 20 anos de SUS [online]. Rio de Janeiro: Editora **FIOCRUZ**, 2008, p.1-421. Disponível em: < <https://books.scielo.org/id/v4fx5/pdf/matta-9788575415054.pdf#page=87> >. Acesso em : 26 mar.2023.

MENDES, Eugênio. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em :28 jan.2023.

MINAYO, Maria (org.) et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 21 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). (2009). Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social-CRAS. Brasília: MDS. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf. Acesso em: 25 jan. 2023.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). (2005). Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília: MDS.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2014). Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília: MDS.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Benefício de Prestação Continuada (BPC), 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>. Acesso em: 26 mar. 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde – (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997**. Dispõe sobre os profissionais de nível superior que são considerados profissionais de saúde. 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html. Acesso em: 03 maio. 2022

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v.11, n.25, p.221-243, jul./dez. 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12733 >. Acesso em: 15 fev. 2023.

MIRANDA, Samira; PRATES, T.; SILVA, T.; SOUZA, A. Proteção Social em Tempos da Pandemia da COVID 2019: Apontamentos Sobre a Oferta de Benefícios Eventuais no Distrito Federal. **Serviço Social em Perspectiva**, Montes Claros (MG), v.6, n. 1, jan./jun. 2022: 51-71.

MOTA, Ana Elisabete. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: MOTA, Ana Elizabeth et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MIOTO, Regina. Trabalho com Famílias: um desafio para os Assistentes Sociais. **Revista Virtual Textos e Contextos**, nº3, p.1-15, dez. 2004.

MONTEIRO, Rosa; AGOSTINHO, Luísa; DANIEL, Fernanda. Um diagnóstico da desigualdade de gênero num município em Portugal : estruturas e representações. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v.49, n.2, p.423-446, mar./abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/jvTMwQm3pqVjwxzNPkzr8nf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 26 mar. 2023.

NEVES, Rafaella de Sousa. Diário de campo. Brasília: [s. l], set. 2022. 1 diário de campo.

NEVES, Rafaella de Sousa. Relatório de estágio 1. Brasília: [s. l], mai. 2022.

NEVES, Rafaella de Sousa. Relatório de estágio 2. Brasília: [s. l], set. 2022.

OLIVEIRA, Carlos Eduardo Elias de. Princípio da propriedade privada relativa da família natural: diretrizes para soluções de conflitos e para o legislador. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisa/CONLEG/Senado, Outubro 2020 (Texto para discussão nº287). Disponível em: < [OLIVEIRA, Rita. \(Entre\)Linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de \(in\)formação na/da abordagem \(auto\)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, Salvador, BA, v.2,n.4,p.69-87,2014.Disponível em:< <https://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059> >. Acesso em: 02 set.2022.](https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td287#:~:text=Fam%C3%ADlia%20extensa%20ou%20ampliada%20%C3%A9,n%C3%A3o%20tenha%20c%C3%ADrculo%20de%20conv%C3%ADvio.> . Acesso em: 29 jan.2023.</p>
</div>
<div data-bbox=)

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

PAIVA, Sabrina; RESENDE, Luisa; PAULO, Mariana *et al.* O Serviço Social e o trabalho em equipe multiprofissional nas residências em saúde: estado da arte. **Libertas**, v.19, n.2,p.482-497,ago./dez.2019.Disponível em: < <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27089>>. Acesso em: 28 jan.2023.

PEREIRA, Adriana Pellegrini dos Santos et al.Alt Hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **R. Enferm** ,Rio de Janeiro,v.15,n.1,p.40-45,jan/mar 2007.Disponível em:< <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-462288>>. Acesso em: 04 jan.2023.

RAICHELLIS, R.; Arregui, C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Serviço Social & Sociedade**, n.140: 134-152, 2021.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X

RUEDA, Marjory ; SILVA, Silmara . A atuação do Assistente Social na alta hospitalar do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais no contexto da humanização e integralidade em saúde. **Pesqui. prát. psicossociais**, São João del-Rei , v. 16, n. 1, p. 1-18, abr. 2021 . Disponível em: < [SANTOS, Paulo.” Questão Social” e o fetiche da exclusão social: desafios teóricos – políticos ao Serviço Social. **Temporalis**, Brasília-DF, n.42, p.158-172jul./dez.2021. Disponível em:< <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/24198/24529>>. Acesso em: 23 jan.2023.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082021000100003#:~:text=Constatou%2Dse%20que%20a%20atua%C3%A7%C3%A3o,na%20alta%20hospitalar%20no%20HURCG> . Acesso em 04 jan. 2023.</p>
</div>
<div data-bbox=)

SANTOS, Giseli Maria dos. **Teletrabalho e a mulher: o papel social do cuidado e igualdade na relação de gênero no Brasil**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Direitos Humanos e Cidadania) – Faculdade de Direito e Relações Internacionais, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, 2016.

SCHNEIDER, Rodolfo; IRIGARAY, Tatiana. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, SP, v.25,n.4,p.585-593,out./dez.2008.Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LTdtHbLvZPLZk8MtMNmZyb/?lang=pt> >. Acesso em:19 jan.2023.

SEIBERT, Deise; MANGINI, Fernanda; KOCOUREK, Sheila. Alta Social como dispositivo de proteção integral na saúde: contribuições do Serviço Social. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, RS, n.53, p.272-290, jan./jun.2019.Disponível em:<
<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/13716> >. Acesso em: 22 jan.2023.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL.(2020). Serviço de Acolhimento de Idosos. Brasília: SEDES. Disponível em: <<https://www.sedes.df.gov.br/servico-de-acolhimento-para-idosos/>>. Acesso em: 19 jan.2023.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL.(2020). Serviço de Acolhimento para Pessoas com Deficiência-Residências Inclusivas. Disponível em:
<https://www.sedes.df.gov.br/servico-de-acolhimento-para-pessoas-com-deficiencia-residencias-inclusiva/>. Acesso em: 19 jan.2023.

SILVA, Júnia; COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel. Idosos em Instituições de Longa Permanência: Desenvolvimento, Condições de Vida e Saúde. **Psicol.: Reflex. Crit.**, v.26,n.4,p.820-830,dez.2013.Disponível em :<
<https://www.scielo.br/j/prc/a/qqS5Cdp9JcWBgW4Q84MDwsD/#> >. Acesso em: 18 jan.2023.

SILVA, Joelcio; SANTOS, Viviane; CORREIA, Maria. Política de Saúde e desmonte do SUS no governo Temer. **SER Social**, Brasília, v.23, n.48,p.191-210.Disponível em:<
https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/29324/28792>. Acesso em: 24 jan.2023.

SOUZA, Diego de Oliveira. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.137, p.174-191, jan. /abr.2020.Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/sgbDYT48WL6CBnmVVcTRvpR/?lang=pt> >. Acesso em: 15 fev.2022.

SOUZA, Marcio; ARAÚJO, Thamyres; JÚNIOR, Wanderley et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de saúde da família sobre a fisioterapia. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n.3, p. 452-460,2012. Disponível em: <
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf >. Acesso em : 26 mar.2023.

TAVARES, Rosilene. As dimensões teórico – metodológica, técnico - operativa e ético-política do Serviço Social no trabalho do assistente social. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, Minas Gerais, v.4, p.893-906, mar.2020.

VASCONCELOS, Fernanda Borges. **A (des)valorização do trabalho profissional do Serviço Social na saúde: desafios e perspectivas contemporâneas**.2012.Monografia (Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN,2012.

VIDAL, Michelli; GUILHERME, Rosilaine. Serviço Social no âmbito hospitalar: a identidade atribuída ao assistente social em Unidade de Pronto Socorro. **Serv. Soc. e Saúde**, São Paulo, v.18,p.1-28,2019. Disponível em:< <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8654658> >. Acesso em: 12 jan.2023.

WANDERLEY, Mariangela; MARTINELLI, Maria; PAZ, Rosangela. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. **Serv. Soc. Soc**, n.137, p.7-13, jan./abr.2020. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/DPfFVvJzjDFYSzB9NWWHv7z/?lang=pt> >. Acesso em: 28 jan.2023.