

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

THAIS BRAGA DE SOUZA

**A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA DIREÇÃO DA  
INTEGRALIDADE POR MEIO DA INTERSETORIALIDADE**

PORTO ALEGRE

2015

THAIS BRAGA DE SOUZA

**A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA DIREÇÃO DA  
INTEGRALIDADE POR MEIO DA INTERSETORIALIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Míriam Thais Guterres Dias

PORTO ALEGRE

2015

THAIS BRAGA DE SOUZA

**A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA DIREÇÃO DA  
INTEGRALIDADE POR MEIO DA INTERSETORIALIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Míriam Thais Guterres Dias

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Míriam Thais Guterres Dias

**Orientadora**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dolores Sanches Wunsch

**1<sup>a</sup> Examinadora**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## AGRADECIMENTOS

Ingressar no curso de Serviço Social da UFRGS foi uma conquista, porém ao longo destes quatro anos e meio houve muitos períodos de dificuldade decorrentes do cotidiano e obstáculos impostos pela realidade de uma universidade que ainda está se adaptando ao ingresso de alunos da classe trabalhadora. Quero dizer que todos estes desafios foram superados coletivamente, graças ao amparo, força e compreensão daqueles que me cercam, um conjunto de pessoas que cultivou a perseverança em mim, resultando na conclusão deste curso.

Assim, agradeço pelo amor dos meus padrinhos Luís e Marlene Cavedini que me criaram, cuidaram e educaram dedicando todo o seu carinho e atenção sem medir esforços para o meu bem-estar e felicidade.

A Raphael Rosa, esposo, amigo e companheiro que me apoiou incondicionalmente durante todos estes anos. Obrigada por segurar a minha mão e navegar pela vida comigo.

Às minhas muitas famílias, Braga, Souza, Cavedini e Pontes Rosa, pelo amparo e compreensão.

Às minhas colegas e amigas, Bruna Corrêa, Carla Zanella, Isadora Pereira e Larissa Ferraz pela força, alegria e persistência contagiantes. Por todos os momentos em que compartilhamos nossas vitórias, tristezas, revoltas e dificuldades, nos construindo e reconstruindo diariamente enquanto mulheres, negras, acadêmicas e profissionais.

Aos docentes do curso, agradeço pela educação e formação crítica que ampliaram e fortaleceram meus processos de luta contra a desigualdade e a discriminação.

Especialmente à professora Míriam Dias, orientadora e supervisora acadêmica pela dedicação e confiança que me destinou, fortalecendo meu processo de formação e ampliando horizontes quando o cansaço me limitava. E à Vanessa Panozzo, supervisora de campo que sempre terei como referencial profissional, a quem agradeço pelos momentos de reflexão compartilhados ao durante o período de estágio, pela confiança no desenvolvimento de minha formação e pela contribuição ímpar ao longo deste processo. A execução do projeto de intervenção de estágio que possibilitou o desenvolvimento e materialização deste Trabalho de Conclusão de Curso só foi possível graças à confiança que vocês me dedicaram.

Aos movimentos de luta e resistência da população negra, à minha ancestralidade e aos Orixás que sempre iluminaram e protegeram meus caminhos.

Em memória de minha avó Neusa Maria.

## Punhos

Não adianta me darem a liberdade,  
se me tratam como escravo.

Não adianta me livrarem da chibata,  
se me batem com palavras.

Não adianta pregarem a igualdade,  
se me prendem o cérebro.

Não adianta dizerem que não existe o racismo,  
se me discriminam por ser preto.

O que adianta,  
é que eu e meus irmãos  
estamos tomando força,  
bebendo ideias e nos conscientizando,  
pois a liberdade é como um salto.

O impulso são nossos punhos.

Paulo Ricardo de Moraes

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso consiste em um pré-requisito para a conclusão do curso de Serviço Social visando à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Consiste em uma análise das interfaces entre a política de saúde e o projeto ético-político do serviço social, partindo de uma noção de garantia de direitos previstos pela Seguridade Social. Sinalizando a importância da contribuição do assistente social para a promoção da garantia do direito à assistência integral em saúde, faz uma abordagem sócio-histórica da construção do direito à saúde e do projeto profissional. Apresenta o projeto de intervenção de estágio realizado em um hospital de alta complexidade e sua execução como forma de materialização das requisições da Política de Saúde e do projeto profissional articulando serviços de diferentes âmbitos da política e no eixo da intersetorialidade com vistas a integralidade da atenção em saúde. Assim, constituindo-se como elemento contributivo para a discussão de estratégias interventivas, no âmbito do Serviço Social, de transformação da realidade social junto às políticas sociais e em especial junto à Política de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Seguridade Social. Serviço Social. Política de Saúde. Integralidade. Intersetorialidade.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Campo de mediações para o atendimento dos usuários da Oncologia Pediátrica do HCPA .....	52
Quadro 2- Movimentos de Articulação Interinstitucional.....	57
Quadro 3- Movimentos de Articulação Intrainstitucionais .....	58
Quadro 4 - Avaliação Qualitativa e Quantitativa da execução do projeto de intervenção .....	61

## LISTA DE SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada  
CACON - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia  
CEAS – Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social  
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COSEMS-RS- Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
DDA GCC – Distrito Docente Assistencial Glória, Cruzeiro, Cristal  
DS – Distritos Sanitários  
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural  
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INCA - Instituto Nacional de Câncer  
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social  
LBA – Legião Brasileira de Assistência  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  
NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
NOBs – Normas Operacionais Básicas  
NUMESC – Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
ONCOPED – Unidade de Oncologia Pediátrica  
ONG – Organização Não Governamental  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PAIF- Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNHOSP- Política Nacional de Atenção Hospitalar  
PPA – Plano de Pronta Ação



PTS – Plano Terapêutico Singular

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SOBOPE- Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica

SUAS – Sistema único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>SEGURIDADE SOCIAL E INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE PARA A INTEGRALIDADE.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Seguridade Social e Intersetorialidade.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Integralidade, Redes de Atenção em Saúde e Redes Socioassistenciais.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: INTERFACES .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1</b>	<b>Reconstituição histórica da gênese da política de saúde e do serviço social: conexões necessárias.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2</b>	<b>Hierarquização do SUS x horizontalidade do cuidado: o lugar dos serviços de alta complexidade.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3</b>	<b>A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde.....</b>	<b>40</b>
<b>4</b>	<b>SERVIÇO SOCIAL E GARANTIA DE ACESSO A DIREITOS.....</b>	<b>45</b>
<b>4.1</b>	<b>Contextualização do espaço sócio ocupacional.....</b>	<b>45</b>
<b>4.2</b>	<b>A ação profissional na direção da integralidade.....</b>	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>69</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>71</b>
	<b>APÊNDICE A – Protocolo de Atendimento do Serviço Social aos usuários do serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICE B – Instrumento para Entrevista e Acompanhamento Social - Onco-hematologia – Serviço Social ACOMPANHAMENTO SÓCIO-FAMILIAR.....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE C – Material de apresentação em slides do Projeto de Intervenção e do Protocolo de Atendimento utilizado nas reuniões nos municípios com os quais o projeto foi realizado.....</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNDICE D – Resposta ao Parecer Técnico do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC, da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo.....</b>	<b>88</b>
	<b>ANEXO A – Parecer Técnico do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC, da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo....</b>	<b>92</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O assistente social enquanto profissional que deve contribuir para a consolidação de bases mais igualitárias e democráticas das relações sociais, num compromisso com a expansão dos direitos sociais e cidadania, atua no âmbito das políticas sociais. Enquanto profissão da área da saúde reconhece os condicionantes e determinantes sociais, decorrentes do sistema capitalista, que são expressões da questão social na saúde dos sujeitos. A partir de uma análise do espaço interventivo concreto deste profissional em um hospital universitário de alta complexidade, pode verificar a necessidade de realização de movimentos interinstitucionais e intersetoriais com vistas a integralidade da atenção em saúde e garantia dos direitos sociais dos usuários.

Embora a integralidade, a regionalização e a hierarquização componham os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde – SUS, a integração de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para garantir formas de acesso e interlocução entre os serviços e de articulação da saúde com outras políticas públicas, se perdem no cotidiano da execução das funções inerentes a cada serviço, em especial no ambiente hospitalar. Esse isolamento da instituição hospitalar em si mesma muitas vezes se dá em decorrência do caráter resolutivo que ela assume frente aos usuários, como o sendo o último recurso de acesso a um tratamento, a escala mais alta da hierarquização do sistema de saúde.

No entanto, ao longo de um tratamento de alta complexidade e após ele, cada usuário segue sua vida no seu município, no seu distrito sanitário, no seu bairro, na sua comunidade enfrentando dificuldades cotidianas decorrentes dos determinantes e condicionantes que definem sua condição de saúde e que muitas vezes poderiam ser solucionadas ou amenizadas através do acesso ao serviço da atenção básica em saúde de seu território, da proteção social básica, da previdência social, enfim, de uma articulação com os serviços das políticas sociais. É neste âmbito de intervenção, visibilizada pela especificidade deste profissional que olha o sujeito em sua totalidade, compreendendo a realidade em que se insere pelo movimento histórico da sociedade capitalista que o assistente social reúne condições de promover ações que materializem os princípios do SUS, em especial o da integralidade que considera o usuário como um todo.

Neste sentido nota-se a imprescindibilidade de ações profissionais que ultrapassem o espaço hospitalar, compondo intervenções mais completas no sentido da garantia de acesso a proteção social e consequente melhoria dos determinantes e condicionantes que se expressam em condições objetivas que interferem no estado de saúde dos sujeitos.

Para tanto, é necessário resgatar o processo histórico de construção da Política de Saúde enquanto componente da Seguridade Social no eixo do processo de redemocratização do país e a

inserção do Serviço Social como profissão da área da saúde, compreendendo seu desenvolvimento no meio hospitalar. Neste âmbito, considerando o modo de produção como fator determinante do desenvolvimento social, destacamos a articulação das lutas na saúde a um novo projeto societário mediante a organização da população na construção de uma direção política e ideológica tal como o projeto profissional.

Assim, esta produção se desenvolve no sentido de uma perspectiva histórico-crítica, compreendendo a construção da Política de Saúde como um processo histórico que permeado pela luta de classes se constitui como reivindicação dos movimentos da classe trabalhadora, e portanto permanece em constante luta pela efetivação cotidiana de acesso à sua garantia enquanto direito fundamental.

Mediante o exposto, através deste Trabalho de Conclusão de Curso, proponho uma análise das interfaces entre a política de saúde e o projeto ético-político do serviço social, sinalizando a importância da contribuição deste profissional para a promoção da garantia do direito à assistência integral em saúde. Este trabalho se coloca como elemento contributivo para a discussão de estratégias interventivas, no âmbito do Serviço Social, de transformação da realidade social junto às políticas sociais e em especial junto à Política de Saúde.

Assim, a partir de uma apresentação do sistema brasileiro de Seguridade Social discuto no segundo capítulo a necessária articulação entre as políticas sociais para materialização da proteção social. Neste ínterim a Política de Saúde aparece como potencial balizadora de estratégias de promoção de proteção social através da compreensão do conceito ampliado de saúde, o que se expressa nos princípios da integralidade e intersetorialidade.

No terceiro capítulo resgato aspectos da Política de Saúde no Brasil, destacando a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde, traçando um paralelo entre a política e o surgimento e fortalecimento da profissão e seu objeto de trabalho, ressaltando sua identificação com o projeto de Reforma Sanitária. Posteriormente, destaco o processo de trabalho nos serviços de saúde de alta complexidade e sua relação com os demais pontos de atenção em saúde, evidenciando, neste contexto, a importância de articulações interinstitucionais para a promoção do cuidado em saúde e da inserção do assistente social nestes serviços.

No último capítulo apresento o local onde realizei o estágio curricular obrigatório em Serviço Social, abordando os limites e possibilidades do trabalho do assistente social neste espaço institucional e a construção de estratégias interventivas a partir da vivência de estágio.

## 2 SEGURIDADE SOCIAL E INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE PARA A INTEGRALIDADE

A partir da institucionalização da saúde como direito de todos e dever do Estado, com sua inscrição no tripé da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, a Política de Saúde vem apresentando avanços significativos em sua legislação reunindo uma série de leis, decretos e portarias que norteiam para a organização e execução efetiva de um Sistema Único de Saúde, afinado com os princípios da Reforma Sanitária e da Seguridade Social. Uma análise deste arcabouço legal possibilita a problematização das aproximações e distanciamentos entre os parâmetros de ordenação da Política de Saúde e sua materialização no cotidiano dos serviços de saúde, assinalando a interlocução – com os usuários, entre profissionais, serviços e políticas – como instrumento necessário para a efetivação do direito à saúde.

A compreensão da saúde enquanto um direito fundamental do ser humano e que possui fatores sociais como seus determinantes e condicionantes, evidencia a centralidade deste direito na vida dos sujeitos e ao mesmo tempo a prerrogativa de sua garantia se expressa na garantia de acesso à proteção social como um todo articulado e integrado.

Conferir proteção social a população consiste em proporcionar medidas públicas contra as situações de risco em defesa de condições dignas de existência, que no caso brasileiro se efetivam por meio da Seguridade Social. Conforme Pereira (2000, p.16) a Seguridade Social é –um sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos

No mesmo sentido, Vianna (2001, p.173) aprofunda seu significado referindo que:

[. . .] a seguridade social é um termo cujo o uso se tornou corrente a partir dos anos 40, no mundo desenvolvido e particularmente na Europa, para exprimir a idéia de superação do conceito de seguro social no que diz respeito à garantia de segurança das pessoas em situações adversas. Significa que a sociedade se solidariza com o indivíduo quando o mercado o coloca em dificuldade. Ou seja, significa que o risco a que qualquer um, em princípio, está sujeito – de não conseguir prover seu próprio sustento e cair na miséria – deixa de ser problema meramente individual e passa a constituir uma responsabilidade social pública.

A adoção da noção de Seguridade Social no Brasil redimensionou o significado das políticas que a compõem consistindo em um sistema que confere garantias legais de proteção sendo regulamentadas pelas Lei Orgânica da Saúde (1990), Leis da Seguridade Social (1991), Lei Orgânica da Previdência Social (1991) e Lei Orgânica da Assistência Social (1993). Definindo-se como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social, em sua lei orgânica, a

Seguridade Social apresenta as três políticas que compõem esse sistema com características e finalidades distintas.

Partindo desta noção de seguridade social, a constituição também define como princípios organizadores: universalidade na cobertura e no atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços aos trabalhadores urbanos e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação do custeio, diversidade das bases de financiamento, caráter democrático e descentralizado da administração e participação da sociedade no controle das ações públicas. Desta maneira, conforme destacam Senna e Monnerat (2010, p.195) “[. . .] a noção de seguridade social inscrita na Constituição consagrou o entendimento de política social como conjunto integrado de ações e como dever do Estado e direito do cidadão a uma proteção universal, democrática, distributiva e não estigmatizadorall.

Embora a legislação não contemple a forma de articulação das políticas, fica claro que na composição da seguridade elas devem ser compreendidas no formato de um conjunto integrado, evidência reforçada inclusive pela definição da necessidade de instituição de um orçamento único expressa na constituição. No entanto, como bem ressaltam as autoras, desde cedo, a proposta de instituição de um orçamento único esbarrou em fortes restrições de ordem financeira decorrentes da grave situação econômica em que o país se encontrava no período pós ditadura militar, como da adoção de políticas de contenção de gastos governamentais na área social, de modo que, ao contrário do previsto, as receitas foram estipuladas separadamente para cada área de política que integra a seguridade social (SENNA; MONNERAT, 2010, p. 200).

Na prática, a materialização do conceito de seguridade social se realiza a partir dos processos cotidianos instituídos (ou não) pelas instituições e profissionais mediante o estabelecimento de interlocuções que permitam a articulação de mecanismos de troca, através da formação de redes intersetoriais que deem conta da proteção social dos usuários. Neste sentido, compreende-se que trabalhar no âmbito da intersetorialidade se expressa como uma exigência imbricada no conceito de seguridade social e imposta pela complexidade do objeto que requer uma visão integrada dos problemas sociais para sua resolução.

No âmbito da saúde, esta necessidade se expressa de forma efetiva à medida que consideramos a multiplicidade de fatores sociais e econômicos que determinam e condicionam o estado de saúde da população. Neste sentido, Campos (2004) sinaliza que:

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por

condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania (CAMPOS et al., 2004, p. 746).

A integração da política de saúde às demais políticas se constitui como estratégia para a promoção de condições de vida mais dignas, pois avançar nas condições de saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social. Essa abrangência da totalidade que resulta nos processos de saúde/doença evidencia a importância da intersetorialidade no desenvolvimento das ações que visam a melhoria das condições de saúde, pois conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a intersetorialidade consiste em uma estratégia política cujo resultado é a superação da fragmentação das políticas nas áreas onde são executadas:

[...] tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito a saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. Intersetorialidade remete também ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações (BRASIL, 2009, p.193).

Neste sentido, para além da defesa e garantia do direito a saúde, as articulações desenvolvidas pelo setor saúde no eixo da intersetorialidade, através da composição de redes, promove uma integração das políticas sociais discutindo caminhos que confirmam materialidade ao sistema de proteção social.

No cotidiano dos serviços do Sistema Único de Saúde, a complexidade dos problemas decorrentes das fragilidades do sistema de proteção social se expressam em sua totalidade na observância das mais variadas vulnerabilidades sociais enfrentadas pelos usuários que conseguem acessar estes serviços. Vulnerabilidades estas que muitas vezes são agravadas em decorrência dos riscos de saúde, de dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de adesão ao tratamento das enfermidades.

## **2.1 Seguridade Social e Intersetorialidade**

A Seguridade Social como modelo brasileiro de proteção social define as formas de organização e intervenção estatal em toda a área social, calcada no desenvolvimento do conjunto das políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Compreende-se do texto constitucional de 1988, sua existência como o conjunto integrado de ações do Estado que garantem o direito de acesso a estas políticas. No entanto, o desenvolvimento diferenciado das três políticas e sua frágil integração evidenciam-se no cotidiano dos serviços destas políticas que acabam

conferindo à população usuária acesso fragmentado à proteção social.

A Seguridade Social enquanto um sistema de garantia de direitos se materializa por meio de políticas sociais, aqui compreendidas como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Neste sentido, a construção dos direitos sociais e sua consolidação se constituem como forma de enfrentamento às expressões da questão social.

Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2007, p. 27)

As desigualdades sociais resultantes da relação capital x trabalho que assolam a população são historicamente enfrentadas no movimento pela conquista de direitos através da constante tensão decorrente do antagonismo de classes. Avanços e retrocessos caracterizam esse processo de lutas num enfrentamento condicionado pelas leis que regem a sociedade brasileira produzindo novas regras e formas de desenvolvimento, através das relações sociais criadas no decorrer de seu processo histórico.

Couto (2006) percorre a trajetória histórica brasileira identificando fatores que conformaram a construção dos direitos sociais e que remontam a relação entre o arcabouço legal das constituições federais, sua efetivação, relação com a sociedade e as práticas culturais implicadas neste processo, traçando um paralelo que aqui se faz importante para a análise da construção e implementação da seguridade social no Brasil. A autora destaca que a constituição dos direitos no Brasil perpassa os períodos históricos colonial, imperial e republicano, apresentando traços importantes da relação de dependência imposta pela colonização em sua organização social. A escravidão, os grandes latifúndios e o comprometimento do Estado com o poder privado são características persistentes dessa forma de organização, e empecilhos à garantia de direitos.

No período da colônia e do império, a população se preocupava em discutir a dependência econômica da coroa, neste sentido, a incorporação dos princípios liberais se adequou estritamente na defesa de uma relação comercial livre. Com a independência do Brasil foi necessária a construção de uma constituição, entretanto os princípios liberais que a compunham se mostram em consonância com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão; na prática da realidade social brasileira conviviam com a sua negação e descumprimento de forma escancarada e a construção das constituições que se seguiram continuaram mantendo esse caráter.



A entrada no sistema de produção capitalista e o deslocamento do eixo econômico agroexportador para o urbano industrial mudou as demandas postas pela ordem produtiva os trabalhadores requerendo um novo posicionamento do Estado. Para atender essas demandas, entre 1930 e 1964 houve a implantação da legislação social vinculada à área trabalhista, apresentando uma grande organização na esfera das políticas trabalhistas e forte intervenção estatal, controlando os movimentos da classe trabalhadora, promovendo a expansão industrial, visando à harmonia entre empregadores e empregados urbanos.

Fleury (2003) destaca que neste período vigorou no país um formato de política social que combinava um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a assistência a saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. Conformando a proteção social dos grupos ocupacionais por categorias e condicionada a contribuições, e de um modelo assistencial dirigido aos mais pobres, com base assistencialista e não de caráter de direito.

Cabe refletir que as políticas de proteção social exibem configurações diferenciadas no modo de produção capitalista, que se moldam de acordo com a historicidade de conformação econômico societária de cada país. Neste sentido, Carvalho (2012) sinaliza a diferença da promoção da proteção social entre os países capitalistas avançados, nas quais estas políticas consagram o chamado Estado do Bem-Estar Social e países do Terceiro Mundo nas quais as políticas públicas de Seguridade Social constituíram o Estado assistencial.

A emergência de movimentos sociais no início dos anos 1960 no Brasil, o contexto político mundial e a ameaça representada pelo comunismo, deram espaço ao golpe militar de 1964, e o país mergulhou na ditadura até 1985, quando os direitos dos cidadãos estavam condicionados à submissão às regras instituídas pelo governo militar. Neste sentido, é importante ressaltar que o campo dos direitos sociais trabalhistas permaneceu preservado, porém de forma centralizada no regime burocrático autoritário, e apresentou ampliação da política previdenciária com a criação de instituições que abrangessem as demandas sociais em conformidade às do capital, incluindo a criação de fundos e contribuições sociais como mecanismo de autofinanciamento dos programas sociais e a privatização dos serviços sociais.

Embora os efeitos da ditadura militar tenham sido devastadores, a realidade da população brasileira possibilitou a emergência (reprimida pelo sistema) dos movimentos sociais a partir da década de 1970 e meados da década de 1980 dinamizando esse cenário na luta pela democratização das políticas. Neste contexto, os movimentos sociais refletiam problemas inerentes ao modo de produção, pois se inscreviam no bojo das relações sociais, se rebelando contra determinados aspectos das mesmas, sendo seus adversários os representantes diretos da exploração, incluindo o próprio Estado.

As lutas contra a ditadura militar e pela construção democrática do Estado e da sociedade

civil, em consonância com o processo de reorganização mundial do capitalismo, resultaram na organização da assembleia constituinte e construção da Constituição Federal de 1988. O processo de abertura política e construção de uma constituição resultante da participação popular redefiniu as relações entre Estado e sociedade através da conquista de formas de inserção participativa da população na formulação, gestão e controle social das políticas públicas.

A construção da esfera pública no âmbito das políticas sociais, envolvendo a participação ativa da sociedade, compreende um entendimento das ações públicas como resposta às necessidades sociais, considerando a primazia do Estado na formulação, gestão e financiamento dessas políticas com a participação ativa da sociedade civil na sua formulação e no controle de sua execução (RAICHELIS, 2006).

Com a implementação da Constituição Federal de 1988, inaugurou-se um novo modelo de proteção social calcado na Seguridade Social, entendida como –um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, CF, art. 194). Instituiu um padrão de proteção social caracterizado pelo reconhecimento dos direitos sociais, pela universalidade da cobertura, pela afirmação do dever do Estado, pela subordinação da prática privada à regulação do Estado em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, por uma perspectiva de cogestão entre o estado e a sociedade num arranjo organizacional descentralizado.

Na década de 1990, é implementada uma reforma de gestão que se propunha a promover a adequação do Estado aos processos da globalização capitalista através da introdução de formas inovadoras de gestão, baseada na redução do Estado através da descentralização administrativa, de privatizações, cortes e redução funcional. Num movimento motivado para a desconstrução do modelo burocrático de estrutura organizativa do Estado objetivando uma nova modalidade de gestão e administração pública orientada nos moldes do mercado.

Através de um discurso legitimador e facilitador das privatizações, centralizando a problemática no burocratismo do Estado, enfraquecendo a imagem da organização pública e desvalorizando a política para fins de uma reorientação sob a égide neoliberal houve um desmonte do Estado, numa adaptação passiva à lógica do capital, favorecendo o setor econômico em detrimento do social a partir da inserção do Estado brasileiro na ordem internacional e no mercado financeiro.

Assim, os mecanismos instituídos pela constituição cidadã são implementados já num contexto de contrarreforma, compreendendo a cooptação indevida do termo reforma pela citada reforma de gestão implementada, conforme Simmionato e Luza (2011,p.216);

perspectiva de ampliação dos direitos, foi capitaneada pela ideologia neoliberal para justificar o combate à presença e às dimensões democráticas do Estado, resultando num processo de contrarreformas, cujo objetivo central consiste em reduzir e eliminar os direitos conquistados historicamente pela classe trabalhadora. [...] neste trabalho, a contrarreforma caracteriza-se pela eliminação ou redução das conquistas das classes subalternas, perspectiva inerente ao neoliberalismo e às condições postas pelo capitalismo na atualidade.

Neste sentido, este período foi marcado por uma agenda política focada na estabilidade econômica relegando a segundo plano os outros aspectos da vida social a partir de uma onda conservadora instaurada pela adoção do ideário neoliberal e incorporação do conceito de Estado mínimo, trazendo como consequência um agravamento das desigualdades, da exclusão social, e uma redução dos direitos sociais e trabalhistas.

A partir deste novo cenário socioeconômico, uma análise das políticas que configuram o chamado tripé da Seguridade Social, possibilita a verificação de diferenças na organização, direcionamento e financiamento destas políticas sociais que embora constituam um padrão de proteção social, na prática aparecem regidas por lógicas diferentes. Neste sentido, Fleury (2003, p. 417) destaca que:

[...] os princípios orientadores da seguridade social não se aplicam de igual modo a todos os setores, sendo a universalidade da cobertura e do atendimento o eixo do novo sistema de saúde, a uniformidade e equivalência dos benefícios e sua irredutibilidade a base da reforma da previdência social e a seletividade e distributividade o princípio orientador da política de assistência social.

O panorama explicitado pela autora evidencia a condução diferenciada das três políticas, a falta de conformação com os princípios norteadores da Seguridade Social e consequente desarticulação da área social que resultam na fragilização e fragmentação da proteção social. Essa desproteção, potencializa antigas e novas formas de desigualdade tensionadas pelo modelo de acumulação capitalista, em expressões que representam necessidades sociais e processos de desigualdade que atingem as formas de sociabilidade consistindo na produção e reprodução da questão social.

As vulnerabilidades destes processos se expressam em suas variadas formas no cotidiano dos serviços das políticas sociais na forma de diversas demandas emergentes e pontuais. A não transposição do caráter pontual decorrente da falta de interlocução entre os serviços das políticas de proteção social implica na perpetuação de intervenções fragmentadas, falta de acesso a direitos, e não superação ou sequer minimização dos fatores de risco. Neste sentido, Vasconcelos (2006, p. 01) considera que:

[...] como não se enfrenta a questão social isolando as suas diferentes expressões não se realiza direitos de forma fragmentada. Cada direito social só é possível mediado e articulado aos demais direitos, numa perspectiva de seguridade social ampliada o que exige do assistente social considerá-los sempre no seu conjunto, independente da área temática onde realiza suas ações.

A construção de um trabalho integrado no campo das políticas sociais implica no reconhecimento do sujeito em sua totalidade a partir de uma análise crítica do movimento da realidade, evidenciando a necessidade do desenvolvimento de uma rede de proteção social como resposta à complexidade das demandas sociais contemporâneas, caminhando na busca da efetividade de direitos de caráter permanente. Assim, o enfrentamento das variadas expressões da questão social requer a integração das políticas para a materialização de direitos de forma intersetorial, como uma articulação entre profissionais de diferentes setores com seus diferentes saberes e poderes com vistas ao enfrentamento de problemas complexos superando a fragmentação das políticas.

Atualmente, a intersetorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada no atendimento das demandas da população como requisito para a implementação de políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais e destas com a sociedade civil. Essa articulação de diferentes saberes técnicos vem resultando na integração de agendas coletivas e compartilhamento de objetivos comuns (NASCIMENTO, 2010) trazendo ganhos para o enfrentamento das expressões que assolam a população. Entretanto, a materialização de espaços intersetoriais requer o engajamento de profissionais que os construam partindo de um conceito ampliado de seguridade social.

Neste sentido, para a articulação de espaços de interlocução entre as diferentes políticas sociais identifiquei o Assistente Social como profissional competente para tal finalidade, uma vez que atua como agente articulador de redes que atendam as demandas da família através de políticas públicas e programas sociais. Nesta discussão, a Política de Saúde é compreendida como campo fecundo para a dinamização destes processos de interlocução e solidificação de direitos sociais dado que se constitui historicamente como política propulsora da organização da proteção social a partir do movimento de Reforma Sanitária, e que consiste na promoção de um direito fundamental do ser humano e de acesso de caráter universal a medida que se reconhece a saúde como –direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988, art. 196).

## **2.2 Integralidade, Redes de Atenção em Saúde e Redes Socioassistenciais**

O Sistema Único de Saúde procura garantir acesso aos serviços de saúde de acordo com as

necessidades do tratamento, assegurando a atenção integral aos usuários. Essa atenção integral diz respeito ao princípio da integralidade, um dos princípios fundamentais do SUS. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p.192) a integralidade,

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

Para a garantia da integralidade do cuidado dos usuários é imperativa a articulação dos níveis de complexidade do sistema de saúde, no entanto, a explicitação deste princípio vai além deste sistema ao pautar o pressuposto de um modelo de atenção focado no indivíduo, na família e na comunidade, abrangendo aí a totalidade dos sujeitos.

Perceber o usuário em sua totalidade sinaliza a necessidade de uma troca entre os serviços das diferentes políticas públicas implicadas no atendimento das diferentes demandas dos usuários que refletem em seu estado geral, pois conforme Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990),

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Essa concepção ampliou a compreensão da relação saúde/doença evidenciando-a como decorrente das condições de vida e trabalho, primando pelo acesso igualitário da população aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Mais uma vez, essa abordagem sinaliza para uma articulação dos serviços de atendimento das diferentes políticas que compõem o âmbito relacional necessário a compreensão da estrutura que reveste e se expressa no cotidiano dos usuários, construindo um trabalho em rede num movimento intersetorial, com abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde para sua promoção.

Para a promoção da integralidade, no âmbito da Política de Saúde, os serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, historicamente dispostos de forma hierárquica, a partir das últimas legislações devem operar de maneira integrada, garantindo ao usuário não somente o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, de acordo com suas necessidades, mas um atendimento integral através da interligação destes espaços para a promoção da saúde. Neste compromisso, se expressam a partir das últimas legislações a necessidade de materialização de Redes de Atenção em Saúde.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da

Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), e define a RAS como –arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A mesma portaria também define o objetivo da RAS como o de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Assim, a compreensão de rede propõe uma relação entre os diferentes pontos de atenção viabilizando encaminhamentos resolutivos dentre os diferentes serviços de saúde, assegurando vínculos em diferentes dimensões. A busca de regulação de um sistema integrado de atenção a saúde, também se expressa no Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011<sup>1</sup>:

Art.8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I- de atenção primária;
- II- de atenção de urgência e emergência;
- III- de atenção psicossocial; e
- IV- especiais de acesso aberto.

Art.10.Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada

Este decreto passa a regulamentar a lei orgânica da saúde, organiza a assistência à saúde de forma interligada a medida que define os serviços de atendimento inicial do usuário, portanto as Portas de Entrada no sistema, a partir dos quais o acesso aos serviços de tecnologias mais densas serão referenciados. A definição deste fluxo de atendimento garante o acesso dos usuários aos serviços de saúde que dispõem de tecnologias adequadas às especificidades do tratamento de cada um. Com isso, regulamenta os pontos de atenção para o acesso do usuário ficando a cargo dos entes federados a definição dos caminhos ou ações que promovam um cuidado conjunto:

Art.13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

---

<sup>1</sup>Regulamenta a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

I- garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II- orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III- monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV -ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores. (BRASIL, 2011)

Assim como pautado pela portaria da RAS, o referido decreto determina que o acesso e a ordenação da rede competem à Atenção Primária, assim, compreende-se o protagonismo deste ponto de atenção em saúde na promoção de ações que fortaleçam o vínculo dos usuários com este serviço que é a unidade de acesso à assistência em saúde mais próxima da residência dos usuários. Neste íterim, reúne condições de dialogar com os demais pontos de atenção de maneira singular pois conhece e participa da realidade social dos usuários à medida que habita e vivencia o mesmo território.

Compreende-se, partindo do conceito ampliado de saúde, a importância do conhecimento da realidade social dos usuários e aproximação com o território para potencialização de estratégias de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação das condições de saúde que possuem relação intrínseca e se expressam nas condições de vida dos usuários. Neste sentido,

O território, também representa o chão do exercício da cidadania, pois cidadania significa vida ativa no território, onde se concretizam as relações sociais, as relações de vizinhança e solidariedade, as relações de poder. É no território que as desigualdades tornam-se evidentes entre os cidadãos, as condições de vida entre os moradores de uma mesma cidade mostram-se diferenciadas, a presença/ausência dos serviços públicos se faz sentir e a qualidade dos mesmos serviços apresentam-se desiguais (KOGA, 2003, p.33).

Enquanto espaço objetivo de vivência dos usuários, o território expõe a realidade social e econômica, o acesso a recursos, serviços e equipamentos sociais, elementos que determinam e se expressam nas condições de vida da população que o habita. A aproximação com o território amplia o conhecimento sobre as condições de vida que influenciam nos processos de saúde/doença dos usuários, evidenciando a necessidade de articulações intersetoriais para a garantia do acesso a direitos e consequente melhoria destas condições.

O movimento de articulações intersetoriais compreende a comunicação entre os profissionais dos serviços das políticas públicas do território dos usuários na forma de construção de uma rede de atendimento que garanta o acesso dos usuários a aos seus direitos sociais mediante o funcionamento do sistema de proteção social. De acordo com as diretrizes do Sistema Único de

Assistência Social – SUAS, é imprescindível que ocorram ações para que uma rede socioassistencial seja articulada, definindo que:

A rede socioassistencial é 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. (BRASIL, 2005, p. 94)

Enquanto sistema público, da política de Assistência Social, que organiza as ações socioassistenciais no país, o SUAS também apresenta um modelo hierárquico (por níveis de complexidade), não contributivo e descentralizado, com serviços, programas, projetos e benefícios que abordam a atenção às famílias como foco prioritário, tendo o território como base de organização. Cabe ressaltar que a política de Assistência Social, também abrange a integralidade como princípio organizativo bem como prevê sua articulação com as demais políticas sociais, conforme expresso em sua Lei Orgânica

Art. 2º— Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais (Brasil, 1993).

Neste sentido, a articulação entre e com os serviços das políticas de saúde e assistência social que compõem o território dos usuários constitui-se em um potencial balizador de estratégias de ações promotoras de acesso aos direitos sociais e exercício da cidadania pelos usuários. Além disso, corroborando com o conceito ampliado de saúde, temos os direitos sociais alicerçados na Constituição Federal de 1988: –Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Assim, destaco a necessária relação entre a promoção das condições de saúde e a viabilização do acesso aos direitos sociais como um todo, uma vez que somente a melhoria das condições objetivas de vida aliada as tecnologias dos tratamentos dos processos de saúde/doença é que pode proporcionar o pleno gozo de uma condição de saúde pelos sujeitos.

Para tanto, além de articulações intersetoriais, a materialização desta concepção de saúde e da integralidade da atenção, requer ações interdisciplinares no âmbito da saúde, reconhecendo a importância de cada profissional neste processo.



### **3 POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: INTERFACES**

#### **3.1 Reconstituição histórica da gênese da política de saúde e do serviço social: conexões necessárias**

Os sistemas de saúde enquanto estruturas orgânicas públicas e privadas de atenção à saúde são recentes na história, se consolidando em meados do século XX, através do aumento da participação do Estado no controle dos fatores que afetam a saúde da população. Estas estruturas foram se constituindo de modo a garantir a promoção da saúde, a prevenção de doenças, sua cura e reabilitação através da oferta de programas e serviços, e do controle das condições sanitárias de produção de alimentos, medicamentos, etc. Assim, para compreender o atual Sistema Único de Saúde, se faz necessário percorrer a trajetória histórica da conformação da política de saúde brasileira, posto que os componentes do sistema e sua dinâmica estão relacionados com características históricas, econômicas, políticas e culturais do país.

Ao longo da história da construção da política de saúde brasileira, diferentes conceitos que dizem respeito do que é a saúde e o processo imbricado na busca desta definiram o papel do Estado e a direção das ações e intervenções dos diferentes profissionais que atuam neste meio. Neste ínterim, o modelo da política de saúde era centrado no entendimento desta como a ausência de doença, de forma que a organização dos serviços era centrada na lógica do adoecimento do indivíduo, requerendo profissionais que tivessem a função de curar ou evitar a propagação das doenças.

No século XIX, o Estado promovia campanhas sanitárias de cunho higienista, e ao final do século com o crescente aumento populacional acentuado pelo fim da escravidão e a vinda de imigrantes, propiciou um modelo voltado ao controle de epidemias, assegurando os interesses das classes dominantes no campo da preservação da saúde da força de trabalho. Esse modelo explicava a gênese da doença como resultante da relação casual entre o ambiente social e indicadores de mortalidade e morbidade. Assim a causa biológica passou a nortear os programas de saúde pública, em ações de vacinação e campanhas sanitárias de controle de vetores de doenças.

Neste período a assistência médica era centrada na prática liberal, se materializando nas instituições de cunho caritativo e filantrópico destinados aos pobres e indigentes. Aos hospitais públicos cabia a assistência de características nosocomiais, atendendo doentes mentais, tuberculosos e hansenianos.

Na década de 1920, com o crescimento da economia cafeeira, a aceleração do processo de urbanização e o desenvolvimento industrial a questão da saúde pública evidencia-se como importante para a manutenção da qualidade da mão de obra, e dessa maneira, há uma ampliação dos serviços de saúde através da Reforma Carlos Chagas em 1923. Esta reforma instituiu o

Departamento Nacional de Saúde Pública, colocando o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como preocupações do Estado, e defendia uma política pública de saúde de abrangência nacional visando a promoção da saúde da população por meio de práticas de higiene e interiorização das ações de saúde (LIMA E PINTO, 2003).

Em 1923 também foi instituída a Lei Elóy Chaves, considerada a base do sistema previdenciário, determinando a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, como fundos organizados pelas empresas com contribuição dos empregados e empregadores, de gestão administrativa por meio de um órgão colegiado paritário de natureza civil privada. Esta lei determinava que cada empresa ferroviária do país criasse um fundo de aposentadoria e pensão, posteriormente, em 1926 se entendendo a outras profissões como os marítimos e portuários assegurando pensão, aposentadoria, assistência médica curativa ao empregado e familiares e facilitando a aquisição de medicamentos.

No período de 1930 a 1937, com o amadurecimento do mercado de trabalho na consolidação do polo industrial e vinculação da economia ao mercado mundial houve uma aceleração do processo de urbanização e ampliação da massa trabalhadora que ao se inserir nas grandes cidades vivenciavam precárias condições de higiene, saúde e habitação. Devido às condições de vida e de trabalho houve um fortalecimento do movimento operário e sindical o que impulsionou o governo na criação de políticas para responder à demanda do mundo do trabalho, no desenvolvimento de um governo populista<sup>2</sup>.

Neste contexto, o Estado, com o apoio da Igreja e da burguesia desenvolveu práticas assistenciais e criou organismos que regulamentaram as relações de trabalho, criando várias instituições e programas como mecanismos de resolução dos conflitos entre trabalho e capital, introduzindo as políticas sociais no país, tais como a criação do Ministério do Trabalho, da Carteira de Trabalho e do Ministério da Educação e Saúde Pública. Neste sentido, Behring e Boschetti (2011, p.106) destacam que:

Em relação ao trabalho, o Brasil seguiu a referência de cobertura de riscos ocorrida nos países desenvolvidos, numa sequência que parte da regulação dos acidentes de trabalho, passa pelas aposentadorias e pensões e segue com auxílios doença, maternidade, família e seguro desemprego.

---

<sup>2</sup>O populismo é uma política que, com base no apoio das camadas sociais menos favorecidas, fundamenta-se ideologicamente na defesa de interesses e reivindicações populares. (FLORES, 1996.P.413) No período de Vargas consistiu basicamente em uma política na qual o Estado, através da figura de seu líder carismático, agia como intermediário entre a burguesia e o proletariado urbano, negociando com a burguesia para a realização de concessões, por meio de uma política trabalhista, enquanto mantinha o proletariado sobre controle se dizendo estar a favor dos interesses da população.

Assim, os direitos eram garantidos apenas àqueles que tinham uma vinculação trabalhista formal, de modo que o restante da população ficava a mercê das instituições de caridade e suas ações assistencialistas.

No âmbito da saúde, em 1934 é que o Estado passa a intervir efetivamente nos eixos saúde pública e medicina previdenciária, através da instituição da política de criação e disseminação dos Centros de Saúde e a política de assistência médica e sanitária previdenciária, destinada aos grupos de trabalhadores urbanos mais organizados, através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP's. Enquanto a saúde pública era coordenada pelo Departamento Nacional de Saúde, por meio de campanhas sanitárias que proviam condições mínimas para as populações urbanas, também se desenvolvia a saúde privada e filantrópica no atendimento médico-hospitalar.

O avanço do processo organizativo da classe trabalhadora evidenciava cada vez mais a tensão entre as classes. A fim de atenuar os efeitos da organização trabalhadora o Estado fortaleceu alianças com a Igreja Católica e a burguesia para resgatar a ordem social. Nesta conjuntura em que o capitalismo vai ganhando novas dimensões que surge o Serviço Social no Brasil, através da iniciativa de setores da burguesia em conjunto a Igreja Católica, com a responsabilidade de prestar assistência social à família operária e aos desadaptados ao sistema vigente.

Assim, em 1932 surge o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo – CEAS, realizando o Curso Intensivo de Ação Social para Moças, que ministrado por uma assistente social belga, consistiu no primeiro curso de preparo para o exercício da ação social no Brasil, cursado por jovens católicas das famílias burguesas paulistas, marcando o primeiro passo da caminhada do Serviço Social no país e se concretizando como berço das duas primeiras escolas de serviço social (escola paulista em 1936 e do Rio de Janeiro em 1937). Martinelli (2011) ressalta o caráter estratégico do desenvolvimento do curso enquanto produtor de mecanismos de contenção das lutas sociais e preservação do poder hegemônico. Neste sentido, o Serviço Social surge como uma criação típica do capitalismo, como estratégia de controle social para garantir sua efetividade e permanência.

É uma profissão que nasce articulada com um processo de hegemonia de poder burguês, gestada sob o manto de uma grande contradição que impregnou suas entranhas, pois produzida pelo capitalismo industrial, nele imersa e com ele identificada como criança no seio materno (Hegel p.405), buscou afirmar-se historicamente – sua própria trajetória o revela – como uma prática humanitária, sancionada pelo Estado e protegida pela Igreja, como uma mistificada ilusão de servir. (MARTINELLI, 2011, p. 66).

A autora sublinha a presença de uma identidade atribuída à profissão que embora aparecesse como estando a serviço da classe trabalhadora em sua prática representava um instrumento de

acomodação e mascaramento das condições reais de vida. Posto que a implantação destes serviços não se colocasse enquanto resposta de reivindicações do operariado, mas para reforço de práticas assistencialistas em busca de um consenso entre classes aumentando a submissão da classe trabalhadora.

O golpe de 1937 e a instituição do Estado Novo fortaleceram o poder do Estado que na figura de seu líder carismático, Getúlio Vargas, administrava a tensão social se aproximando das camadas populares com ações paternalistas e soluções imediatistas às demandas da classe trabalhadora, diminuindo seu potencial revolucionário, agindo indiretamente em benefício da burguesia. Neste contexto, ao longo da ditadura varguista se disseminaram os espaços para a ação social mediante a criação de grandes instituições, crescendo também a demanda por pessoas qualificadas para o exercício destas ações sociais essencialmente conservadoras, doutrinárias e paternalistas, corroborando com o estabelecimento do Serviço Social enquanto profissão a serviço destas demandas, assim Martinelli (2011) contextualiza que:

Sempre pronto para oferecer respostas urgentes às questões prementes, desde cedo os assistentes sociais foram imprimindo à profissão a marca do agir imediato, da ação espontânea, alienada e alienante. Acabaram por produzir práticas que expressavam e reproduziam os interesses da classe dominante, tendo por objetivo maior o ajustamento político e ideológico da classe trabalhadora aos limites estabelecidos pela burguesia. Os benefícios, concessões e serviços oferecidos procuravam recobrir a dominação e a exploração burguesa, situando-se como formas ideológicas de preservar o domínio de classe (MARTINELLI, 2011, p.127).

Com origem ligada à Igreja Católica, compreende-se o desenvolvimento dessas ações alienadas e de caráter imediato no conjunto dos primeiros profissionais de Serviço Social como produto da ideologia dominante, tendo como marco referencial a formação doutrinária e moral a serviço da burguesia. Neste ínterim a teoria e a prática dos assistentes sociais eram subsidiadas pelo Neotomismo<sup>3</sup> tendo como princípios a dignidade da pessoa humana, o bem comum e a ética moral e social.

Neste contexto, a prática profissional tinha o indivíduo como objeto de intervenção para ajustá-los ao sistema, pois nesta filosofia predomina –a existência de Deus, de uma essência humana predeterminada à história e de uma ordem universal eterna e imutável, cuja ordenação e hierarquia se reproduzem socialmente nas diferentes funções exercidas por cada ser, em relação à natureza e as suas potencialidades (BARROCO, 2012, p.44). Assim, a doutrina da Igreja Católica adotadas pelo

---

<sup>3</sup> O neotomismo é uma corrente filosófica que resgata o Tomismo do século XII, de Santo Tomás de Aquino, empreendido pela Igreja, –compreende a sociedade com o propósito de efetuar o bem comum centrada em três leis; a lei natural, a lei humana e a lei divina. Assim, o Estado é regulador do bem comum cuja autoridade deriva de Deus (KELLY, 2013, p.64)

Serviço Social mantinham um posicionamento na categoria de não questionamento da ordem vigente, desenvolvendo ações de ajustamento de valores, comportamentos e integração dos indivíduos nas relações capitalistas, através da moralização das expressões da questão social.

Entre 1937 e 1945, respondendo à necessidade de manutenção de uma força de trabalho apta a desempenhar as novas funções exigidas pelo processo produtivo, o Estado desenvolve políticas sociais compensatórias, cria a Legião Brasileira de Assistência – LBA, que passa a articular a assistência social no país através de instituições privadas conveniadas numa lógica assistencialista, a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, e adota um conjunto de medidas na área da saúde realizando uma reorganização institucional incorporando serviços de combate às endemias e a formação de técnicos em saúde pública, tais como: Organização Sanitária, Organização Hospitalar, Lepra, Tuberculose, Febre Amarela, Peste, Fiscalização da Medicina, Doenças Mentais, Propaganda e Educação Sanitária.

Compreende-se as políticas sociais como saídas vislumbradas pelo poder diante da questão social, se constituindo como mecanismos que se propõem a dar respostas a reivindicações e tensões sociais, como um conjunto de ideias e ações dirigidas da classe dominante para a dominada, através da mediação do Estado. Mais uma vez os assistentes sociais são requisitados para trabalharem nestes espaços.

A vinculação institucional altera, ao mesmo tempo, a chamada –clientela do Serviço Social: de uma parcela insignificante da população pobre em geral, atingida pelas ações dispersas das obras sociais, seu público concentra-se-á, agora, nos grandes setores do proletariado, alvo principal das políticas assistenciais desenvolvidas pelas instituições. (IAMAMOTO, 2004, p. 94)

Com a ampliação dos espaços de trabalho e diversificação da demanda, a partir de 1945 o Serviço Social começa a se tornar mais técnico com a intervenção de influências das escolas norte-americanas de Serviço Social, valorizando técnicas e pressupostos funcionalistas<sup>4</sup>, demonstrando uma preocupação com o método.

Em 1948 o direito à saúde é reconhecido internacionalmente, mediante a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas<sup>5</sup> – ONU, e este reconhecimento passa a balizar a construção de políticas e mudanças no acesso à saúde em âmbito mundial. No Brasil, este direito ainda era previsto como direito de acesso à assistência em saúde

---

<sup>4</sup>O funcionalismo é uma corrente sociológica associada ao teórico Émile Durkheim, para a qual cada instituição ocupa um lugar específico na sociedade e esta faz o indivíduo, de modo que o indivíduo deve se adaptar à sociedade para manutenção da ordem social, mantendo uma posição conservadora frente a realidade (PEREIRA, 2009, material didático HUM04802)

<sup>5</sup>Organização internacional fundada em 1945, formada por países que se reuniram voluntariamente para trabalhar pela paz e o desenvolvimento mundiais.

pelos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, ou seja, contemplando somente a parcela da população que contribuía para a previdência social.

Com a concepção de saúde como completo bem-estar físico, mental e social, definida pela Organização Mundial de Saúde<sup>6</sup> — OMS também em 1948, o indivíduo passou a ser visto para além da dimensão biológica evidenciando a importância e a necessidade de ter várias profissões atuando na viabilização da política de saúde, entre estas o Serviço Social. O país passou por um período de expansão da medicina previdenciária com ênfase na medicina curativa, e crescimento das redes públicas estaduais e municipais para atender a população excluída do sistema previdenciário.

Na década de 1950 com o desenvolvimentismo houve um fortalecimento da indústria de bens de consumo duráveis (automóveis, eletrodomésticos) com o crescimento da atuação de empresas multinacionais e implantação econômica de um Plano de Metas com objetivos nas áreas de energia, transporte, indústria, educação (para o trabalho) e alimentação, praticamente ignorando as questões sociais. No âmbito da saúde, Bravo (2006) aponta como característica deste período a estruturação do atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos direcionados a formação de empresas médicas, pressionando o financiamento do Estado para a produção privada defendendo claramente a privatização, apesar dessa pressão a assistência médica previdenciária se mantinha basicamente pelos serviços próprios dos institutos.

Ainda nos anos 1950, o Estado procede a uma regulamentação das profissões consideradas liberais, entre elas o Serviço Social que passa a ser regulamentado enquanto profissão através da Lei nº 3.252 de 27 de agosto de 1957, posteriormente regulamentada pelo decreto 994 de 15 de maio de 1962 criando e instituindo o Conselho Federal de Assistentes Sociais. A instituição do Conselho passa a ser o centro organizador da categoria com a finalidade de fiscalizar o exercício da profissão, elaborar o código de ética profissional, zelar pela ética profissional, organizar e fiscalizar os conselhos regionais de assistentes sociais.

Neste ínterim houve um amplo debate sobre o papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde, gerando condições para a criação do Ministério da Saúde (1953) resultando posteriormente na 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, que propôs uma radical municipalização da assistência à saúde no Brasil. Entretanto a partir de 1964, com a Ditadura Militar, houve o dismantelamento dos poderes estaduais e municipais, intensificando a centralização da política de saúde, a implantação de um sistema voltado para os cuidados médicos

---

<sup>6</sup>A OMS é uma agência especializada das Nações Unidas, destinada às questões relativas a saúde, foi fundada em 1948 com o objetivo de garantir o grau mais alto de saúde para todos os seres humanos. Seu propósito primordial é a consecução, por parte de todos os povos, dos mais altos padrões de saúde possíveis, proporciona a cooperação técnica a seus membros na luta contra as doenças e em favor do saneamento, da saúde familiar, da capacitação de trabalhadores na área da saúde, do fortalecimento dos serviços médicos, da formulação de políticas de medicamentos e pesquisa biomédica (USP, BVDH, 2015).

individuais como padrão de saúde, a construção de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (1966), unificando os Institutos até então existentes passando-os ao comando exclusivo do poder executivo, com eliminação da participação direta dos trabalhadores na sua gestão.

A partir de 1968 houve uma intensificação das mobilizações populares principalmente dos estudantes, trabalhadores e artistas em protesto ao regime, enfrentando forte e violenta repressão. No âmbito econômico houve um crescimento acelerado, que fora conhecido como Milagre Econômico, mediante ingresso maciço de capital estrangeiro e repressão violenta dos movimentos dos trabalhadores de baixo escalão e expansão do poder de compra dos trabalhadores especializados que compunham a classe média acentuando ainda mais a desigualdade da distribuição de renda.

Neste cenário, mais uma vez a instituição de programas e políticas sociais serviu aos interesses da elite como mecanismo de abafamento das tensões de classes, aceitabilidade e conservação do poder ditatorial, neste sentido Bravo (2006) assinala que:

Em face da -questão social no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação de capital. (BRAVO, 2006, p. 93)

Percebendo a repercussão negativa dos efeitos da acentuação da questão social o governo militar retomou a política social através da criação de programas, serviços, e fundos de financiamento visando ampliar as bases de apoio contendo uma revolta da população mediante as condições de vida. Foi criado então o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social — FAS, destinado ao apoio de programas e projetos sociais condizentes com as diretrizes da estratégia de desenvolvimento social, e foram promovidas mudanças do modelo de atenção à saúde previdenciária para um universalista. Também foi instituído o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL, promovendo o atendimento aos trabalhadores rurais e seus dependentes, e o desenvolvimento do Plano de Pronta Ação – PPA que promovia a universalização do atendimento de urgência e emergência médica na rede própria e conveniada.

Também é importante ressaltar neste período a criação do Sistema Nacional de Saúde em 1975, formando um complexo de serviços do setor público e privado voltados para ações de interesse da saúde, ao qual estariam vinculadas as secretarias estaduais e municipais. No entanto a centralização dos recursos e do poder continuavam sendo mantidas pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (criado em 1974), definindo as políticas

setoriais.

Ao final dos anos 1970 a população passou a questionar a configuração do sistema de saúde até então organizado em dois subsistemas de caráter excludente: Saúde Pública, para a população que não estava inserida no mercado formal de trabalho, e Medicina Previdenciária, para contribuintes da Previdência Social, modelo que corroborava com a ampliação do sistema previdenciário, privilegiando o setor privado e servindo aos interesses do capital.

Neste contexto, surgia no âmbito do Serviço Social o que posteriormente ficaria conhecido como Movimento de Reconceituação<sup>7</sup>, que deflagrado em 1965 iniciou uma ampliação do debate teórico da categoria atentando para uma análise da profissão e do exercício profissional e de seus fundamentos teóricos, numa crítica ao conservadorismo profissional. A partir de então houve uma busca de desvinculação do conservadorismo e das técnicas do serviço social norte-americano para adequar as práticas profissionais a realidade do país construindo novos métodos e técnicas condizentes com a realidade social.

Neste movimento, a categoria profissional se organizou a partir da discussão em seminários passando à construção de documentos norteadores destas mudanças, quais foram os documentos de Araxá (1967), Teresópolis (1970) e Sumaré (1980) possibilitando a reorganização da categoria em busca de propostas de teorização. Entretanto, entre 1965 e 1975 a elaboração teórica do serviço social se manteve como parte do processo de desenvolvimento vivenciado pelo país sem questionar a ordem sócio-política, difundindo uma perspectiva modernizadora no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos emergentes no pós 1964 (NETTO, 1996).

Entre 1974 e 1979 o país passou por um período de distensão política lenta, gradual e segura conforme legenda de Geisel, presidente militar na época, consistindo num relaxamento dos controles políticos, anistiando os exilados políticos e abrandando as leis de segurança do regime. Entre 1979 e 1985 houve um período de abertura política com o último governo militar no poder, e com o descontrole da dívida externa, a inflação atingiu altos níveis e o país vivenciou uma estagnação econômica assolando ainda mais as condições de vida do proletariado.

Este período de transição política, somente concluído ao término do governo do civil eleito indiretamente Sarney que governou de 1985 a 1990, foi marcado pela oposição da Igreja e da sociedade civil ao governo, por greves e pela ascensão dos movimentos sociais demarcando a transição democrática, a reinstitucionalização das políticas públicas de proteção e democratização dos processos de tomada de decisão. Neste íterim o campo acadêmico, os movimentos sociais e as categorias profissionais comprometidas com mudanças, denunciaram as condições de saúde da

---

<sup>7</sup>Movimento do Serviço Social latino-americano que se constituiu como o marco decisivo para o desencadeamento do processo de revisão crítica da profissão, construindo propostas para um serviço social fundamentado por uma perspectiva marxista.



população, propondo alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tendo como componentes a descentralização, a universalização e a unificação no setor. Surge o Movimento da Reforma Sanitária, com a finalidade de reformar o setor saúde, que politizou o seu papel e materializou o conceito ampliado de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

As temáticas centrais desta conferência versaram sobre a saúde como direito inerente aos sujeitos e à cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Diferentemente das conferências anteriores, a VIII Conferência movimentou a participação massiva da população com a participação de suas entidades representativas, de modo que –a questão saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006, p.96).

No âmbito do Serviço Social decorre do Movimento de Reconceitualização uma renovação para a intervenção e compreensão da realidade social questionando a ordem dominante a partir da aproximação com o marxismo. Assim, a década de 1980 até meados de 1990 fica conhecida como um período de construção de um projeto de formação profissional indissociável do projeto societário, processo levantado pela militância da categoria que impulsionou mudanças necessárias para acompanhar a realidade de grandes mudanças sociais, efervescendo num momento histórico de democratização do país.

Neste contexto histórico emerge um novo perfil profissional e acadêmico, tendo como um marco histórico o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (1979), que conhecido como Congresso da Virada constituiu de fato em uma virada no projeto profissional, gerando mudanças no campo da formação, do exercício profissional e de organização política da categoria.

As diretrizes norteadoras deste projeto profissional se desdobram na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93), em novas diretrizes curriculares e no Código de Ética Profissional (1993), compromissado com os usuários com base na liberdade, democracia, cidadania, justiça e igualdade social, propondo a construção de uma nova ordem societária, onde não haja dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. Neste sentido, Barroco (2012) ressalta que o Código de ética profissional remete a dois projetos:

O projeto profissional e a projeção de uma nova sociedade, que supõe a superação radical da sociedade burguesa [ . . . ] Assim, quando se referiu a emancipação, o CE não pretendeu afirmar que seria possível realizar a emancipação humana nos limites do trabalho profissional, pois supõe que existem níveis diferentes de emancipação; que a emancipação sociopolítica não se confunde com a emancipação humana (Marx, 1991), mas que isso não a torna menos importante, como realização relativa de conquistas emancipatórias. (BARROCO, 2012, p. 59)

Assim, há uma mediação entre o projeto societário e profissional, cabe ao profissional

mediar a emancipação política, na perspectiva de emancipação humana e superação da sociedade capitalista.

A categoria passa a considerar a questão social como fundante sócio-histórica da profissão, articulando prática profissional e realidade social, numa articulação entre história, teoria e metodologia. O fundamento deste projeto profissional é a realidade social compreendida em seu processo contraditório, através da teoria social crítica, numa direção social vinculada ao interesse de classe (IAMAMOTO, 2007), em defesa dos direitos e interesses da classe trabalhadora na construção de uma nova ordem societária, consubstanciando-se no Projeto Ético-Político dos assistentes sociais brasileiros.

A Constituição de 1988 incorporou as pautas do Movimento Sanitário compreendendo a saúde como direito e materializando na legislação vigente o conceito ampliado de saúde que abrange melhores condições de vida, de trabalho e determinantes sociais, conforme preconiza a Lei Orgânica da Saúde de 1990, Lei 8.080, de 1990. Esta lei representa um avanço nas políticas públicas de saúde, garantindo a adoção de uma concepção ampliada de saúde que inscreve a política de saúde como direito social universal e dever do Estado, exercendo ações e disponibilizando serviços de relevância pública. Pela Constituição Federal de 1988, a política de saúde está prevista conforme Art. 196 – –A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A partir de então, a estrutura da política de saúde é desenvolvida por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta como principais características: universalidade, gratuidade, integralidade, organização descentralizada com direção única em cada esfera de governo e controle social democrático, prioridade das atividades preventivas sem prejuízo das atividades de assistência, participação da comunidade, financiamento público das três esferas de governo e participação da iniciativa privada de modo complementar. Conforme a Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Art. 198 – As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:  
I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo  
II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais  
III – Participação da comunidade.

Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o SUS abrange atendimento ambulatorial com consultas e exames, internações, procedimentos de baixa, média e alta complexidade, além disso, promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos garantindo acesso

integral, universal e gratuito. Visa oferecer atendimento igualitário no cuidado e promoção da saúde, constituindo um projeto social que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.

A partir de 1990, o país adota o modelo de Estado mínimo<sup>8</sup> o que converte-se em grande obstáculo na implementação e na consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas como a proposta da Reforma Sanitária. Há a incidência de aspectos que retardaram seu avanço como foi o próprio processo de aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, quando houve o veto presidencial aos artigos referentes à participação social e ao financiamento na lei de criação do SUS. Estes pontos relevantes somente foram conquistados a partir de uma nova mobilização social do movimento sanitário e consolidados em uma nova lei, a nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e o financiamento da política.

Neste contexto de Estado mínimo, o projeto de Reforma Sanitária inscrito na Constituição Federal convive em tensão com o projeto de saúde articulado ao mercado, ou privatista, hegemônico a partir da segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2009). Enquanto o primeiro se preocupa em garantir uma atuação em prol da sociedade, assegurando direitos e políticas sociais, o segundo se configura numa atualização do modelo médico assistencial privatista com isenção de responsabilidade do poder público que passa a prover apenas o mínimo àqueles que não podem pagar pelos serviços privados. Logo, este projeto privatista, expressão do projeto político econômico neoliberal, também se choca com o projeto profissional do Serviço Social, denominado Projeto Ético-Político.

Os pressupostos da política de saúde explicitam de forma clara uma concepção de saúde ligada à dignidade humana, à consciência de direitos e a cidadania, deixando evidenciado o papel do Estado nesta instância fundamental do desenvolvimento humano. Neste sentido, é imprescindível que a população tenha consciência de seus direitos, sendo atendida por profissionais comprometidos com a garantia e ampliação dos direitos sociais. Assim, temos uma vinculação direta entre os preceitos do projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social, em defesa do acesso universal e integral da população aos serviços e programas de saúde.

### **3.2 Hierarquização do SUS x horizontalidade do cuidado: o lugar dos serviços de alta complexidade**

---

<sup>8</sup> —Constitui-se em um Estado enxuto para os gastos sociais e transferindo responsabilidades para o setor privado, para o mercado. Neste contexto há uma retirada do Estado como agente econômico, dissolução do coletivo e do público em nome da liberdade econômica e do individualismo. Corte dos benefícios sociais, degradação dos serviços públicos, desregulamentação do mercado de trabalho, desaparecimento de direitos históricos dos trabalhadores, componentes regressivos das posições neoliberais (MONTES, 1996, p.38 *apud* BEHRING, 2008, p.58).

A prestação de serviços constitui-se como um dos objetivos centrais de todo sistema de saúde, pois uma estrutura bem organizada pode garantir um melhor acesso e conseqüente melhoria dos níveis de saúde da população. O SUS preconiza uma organização em níveis de atenção que devem atuar conectados, funcionando de forma articulada, tendo como norte o atendimento das necessidades em saúde da população. Este modelo de saúde tem concepções que direcionam para uma prestação de serviços que, considerando as condições sociais, prioriza uma relação estreita entre as ações curativas, preventivas e de promoção da saúde.

Entretanto, apesar da consolidação deste conceito de saúde na legislação vigente, no Brasil pós 1988, sua materialização no cotidiano dos serviços de saúde ainda não se efetiva por completo, sofrendo muitos atravessamentos de operacionalização pelo projeto privatista de saúde numa lógica curativa, individual e especializada. Neste contexto, temos uma valorização dos serviços de alta complexidade que por sua concentração de tecnologias e pouca comunicação com os serviços dos níveis anteriores de complexidade do sistema acabam ampliando sua demanda e atendendo a população em nível curativo.

Nesta conjuntura, fica claro que além da disputa de projetos de saúde, de Reforma Sanitária e o privatista, ainda temos uma cultura popular acostumada ao modelo hospitalocêntrico de saúde, centrado na internação e no atendimento em hospitais gerais, em detrimento da perspectiva da atenção à saúde integral, que também contempla o atendimento ambulatorial de base territorial. Para a compreensão destas práticas e dos entraves que se constituem para a atualização e melhoria da prestação de serviço dos hospitais, cabe uma breve análise da constituição histórica desta instituição no país.

As instituições hospitalares se iniciam no período colonial com as Santas Casas, sustentadas e administradas pelas irmandades da Igreja Católica, que ofertavam assistência médica e social e se mantendo como única estrutura de saúde durante três séculos até a entrada da iniciativa privada na assistência nosocomial (SCLIAR, 1996). No século XIX, o término do escravagismo e vinda dos imigrantes europeus provocaram mudanças nas formas de trabalho e a assistência hospitalar no país constituiu-se como instrumento de uma perspectiva cívica e sanitária de caráter higienista, que recomendava a contenção de grupos populacionais considerados potencialmente perigosos à vida em sociedade, como migrantes pobres, mendigos e desocupados, não se baseando mais na virtude caritativa mas na ordem pública.

Os hospitais passam por um longo processo de laicização, através do qual a terapêutica vai assumindo lugar central na vida hospitalar, e as faculdades de medicina são incorporadas aos hospitais com a categoria médica passa a ocupar a administração hospitalar (SANGLARD, 2007). Com a ampliação da medicina científica, e sofisticação da tecnologia e infraestrutura, os hospitais deixaram de ser espaços para abrigarem pobres e doentes e passaram a proporcionar tratamentos

que não tinham indicação de serem realizados em casas. Assim, conforme ressalta Mello (2008) o hospital torna-se hegemônico na área da saúde no Brasil, com assistência predominantemente curativa, dentro do modelo médico, ou seja, de enfoque biológico, técnico e positivista.

Somente a partir de 1920 com a reforma Carlos Chagas que surge um novo quadro no âmbito da saúde, modificando a assistência hospitalar através da criação de hospitais públicos e vinculação de faculdades de medicina e enfermagem a estes espaços. Como já visto, foi o período da assistência médica da previdência social que atingiu seu ápice com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao final dos anos de 1970. Neste contexto, Pustai e Falk (2013, p.11) ressaltam que:

[...] o sistema médico previdenciário foi moldado pela centralização político-administrativa, e suas características eram a tomada de decisões a cargo da tecno burocracia, com exclusão da cidadania, o modelo assistencial dividido entre ações curativas e preventivas, o acesso não universal e o financiamento privilegiado para a expansão de serviços privados. Esse modelo ficou conhecido como modelo assistencial privatista e foi hegemônico até o final dos anos de 1970, quando entrou em profunda crise fiscal, junto com a crise do estado autoritário, que progressivamente foi perdendo legitimidade.

A crítica a este modelo foi a mobilizadora do Movimento Sanitário e o processo de democratização no país, resultando na Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde como um direito e a construção de uma Política de Saúde de caráter universal. Neste contexto, os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde durante o século XX fizeram com que a organização hospitalar, gradualmente, se tornasse mais complexa. A prática privada de medicina com uma visão mais biológica e com ênfase em diagnóstico de doença e intervenções curativas cresceu e se qualificou, criando uma grande rede de hospitais, clínicas, sociedades médicas e planos privados de saúde (PUSTAI; FALK, 2013).

Atualmente a política de saúde é regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, que estabelecem condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, a participação da comunidade na gestão do SUS através dos Conselhos e das Conferências de Saúde. A organização e operacionalização do sistema de saúde foram definidas pelas três esferas de governo, inicialmente através das Normas Operacionais Básicas (NOBs), quanto aos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferências de recursos, elementos fundamentais para a concretização da descentralização do sistema.

Mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2006 e 2011), a Portaria nº 4.279 de 2010, que dispõe sobre as Redes de Atenção à Saúde e o Decreto nº 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, constituem um arcabouço legal que tem contribuído

decisivamente nos processos organizativos do SUS. Esse conjunto de instrumentos vem defendendo a organização dos serviços de saúde em forma de redes de atenção que contemplem o atendimento dos usuários em sua integralidade e de forma ordenada pela Atenção Básica<sup>9</sup>.

A adoção de um conceito ampliado de saúde se expressa na legislação da política, como bem se pode observar nos objetivos do SUS (BRASIL, 1990):

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II

- a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A importância dada aos fatores condicionantes e determinantes da saúde e a realização integrada das ações assistenciais e atividades preventivas ressalta o caráter abrangente da execução desta política que tem como parâmetro as condições de vida dos sujeitos. Neste sentido, a integração entre as ações assistenciais e as atividades preventivas considera o sujeito em sua totalidade ofertando um atendimento integral em saúde ordenando a organização dos serviços e ações em saúde em igual relevância não havendo mais uma centralização e especialização do cuidado no ambiente hospitalar. Neste sentido, Mello ressalta que:

Hoje, está bastante claro que os principais determinantes de saúde da população estão fora do sistema sanitário, sendo mais coerente investir em saneamento, acesso universal à água potável, conservação do ambiente e boa higiene, do que na construção de hospitais ou na pesquisa de novas moléculas. Neste contexto, a internação hospitalar clássica tornou-se apenas uma das modalidades disponíveis de tratamento. O atendimento ambulatorial está sendo bastante valorizado por melhorar a qualidade do atendimento, reduzir riscos para o usuário e diminuir custos. (MELLO, 2008, p.22)

O atendimento da população em sua comunidade, e o desenvolvimento de ações que melhorem os fatores condicionantes e determinantes de saúde se torna prerrogativa da política de saúde, concebendo o hospital como parte de um conjunto de serviços. Os serviços de saúde estão estruturados de forma hierarquizada, por níveis de atenção, que variam segundo suas densidades

---

<sup>9</sup>A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem revolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2009, p.43).

tecnológicas, custo e viabilidade, organizados em tipos de complexidade crescente e dispostos de maneira organizada nas regiões de saúde, de forma que a população possa ter acesso integral a assistência em saúde. A instituição hospitalar compõe o nível da alta complexidade, definida conforme o Ministério da Saúde como:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). [...] Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (BRASIL, 2009)

O acesso dos usuários a hospital, enquanto serviço de alta complexidade, deve ser viabilizado por meio de fluxos ascendentes de referência, no qual o serviço é referenciado pela média complexidade<sup>10</sup>, por sua vez referenciada pela atenção básica, porta de entrada do usuário no acesso ao sistema de saúde. Com a utilização do serviço hospitalar a assistência em saúde não se finda, devendo ser feito um fluxo de contra referência, no qual o usuário é direcionado para retorno ao atendimento da atenção básica, equipamento do sistema de saúde integrante da comunidade que o usuário habita, viabilizando a assistência integral em saúde através de um acompanhamento contínuo.

A Portaria nº 4.279 de 2010 aponta para a necessidade de uma interlocução entre os níveis de complexidade para além da hierarquização, viabilizando a materialização de Redes de Atenção em Saúde como estratégia de reestruturação do sistema. A estruturação das Redes de Atenção compreende três áreas de aplicação que são os cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência, se fundamentando na compreensão da atenção básica como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção, os quais são entendidos como espaços onde se ofertam os diferentes serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2010).

Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde, tais como o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de Oncologia Pediátrica, etc. Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas

---

<sup>10</sup>Nível de atenção à saúde composto por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2009, p.207)

compondo estas redes que se caracterizam:

[...] pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Enquanto ponto de atenção em saúde, a instituição hospitalar deve promover a alimentação de fluxos de atendimento que materializem as Redes de Atenção no cotidiano dos serviços através da articulação interinstitucional, contribuindo para a promoção da integralidade da assistência em saúde. Para tanto, é necessário desconstruir cotidianamente a imagem do hospital enquanto espaço único e autônomo do cuidado em saúde, que ainda exhibe sua interface com as práticas históricas de um espaço curativo, assistencialista e especializado.

Assim, as Redes de Atenção a Saúde se propõem a passar de uma abordagem populacional isolada (hospitais ou centros de saúde) para uma abordagem dos diversos estabelecimentos de saúde formando uma rede de cuidados. A instituição hospitalar compreendida como componente desta rede contrapõe o atendimento pontual e centrado na doença, apontando para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde e contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considerando as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades (BRASIL, 2010).

### **3.3 A inserção do serviço social nos serviços de saúde**

A definição do conceito ampliado de saúde pela OMS, em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais requisitou novos profissionais para atuarem no âmbito da saúde, e como desdobramento deste conceito houve uma ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar ampliando a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivos e educativos e programas prioritários com segmentos da população. Assim, a partir do final da década de 1940, o assistente social passou a ser requisitado na área da saúde, inicialmente consolidando uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida dos usuários, com relação aos hábitos de higiene e saúde.

No período de ampliação da assistência médica previdenciária, o assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. O atendimento se reduzia ao indivíduo, focado na dimensão curativa e engajamento do usuário no tratamento (BRAVO; MATOS, 2006). As primeiras mudanças na ação profissional no âmbito da saúde são iniciadas nos anos 1980, por influência dos debates do



Movimento de Reconceituação, da organização da sociedade civil e do Movimento de Reforma Sanitária.

O processo de redemocratização do país foi protagonizado pela ebulição dos movimentos sociais e suas lutas modificaram a história do país definindo a participação da população na construção política. O Movimento de Reforma Sanitária inscreveu suas pautas na constituinte, construindo uma concepção de saúde como direito defendido através do controle social. Neste contexto, o Movimento de Reconceituação da profissão definiu um arcabouço teórico, prático e ético-político embasado na teoria social crítica como método de compreensão da realidade, acompanhando as mudanças sociais engendradas.

Apesar das conquistas alcançadas, da ampliação de direitos e construção de uma nova carta magna, a década que seguiu foi caracterizada pela inserção de um projeto de Estado neoliberal executando uma verdadeira contrarreforma do que fora construído, dificultando sua implementação e modificando as formas de execução. No âmbito da saúde, a política foi implementada de maneira fragmentada, em caráter focalizado no atendimento das populações mais vulneráveis, deixando em segundo plano a universalidade do acesso à medida que favorece a mercantilização da saúde no apoio a saúde suplementar, debilitando o projeto de saúde da Reforma Sanitária e impondo um projeto privatista.

Neste sentido, Bravo e Matos (2006) demarcam as diferentes requisições que estes projetos de saúde em disputa demandam dos assistentes sociais, quais sejam:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto de reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2006, p.206)

Estas diferentes requisições retratam bem dois períodos profissionais, enquanto o projeto privatista demanda para sua legitimação pela identidade atribuída a profissão, com práticas assistencialistas e conservadoras que reproduzam o modelo médico hegemônico, o projeto de Reforma Sanitária clama pelo fazer profissional pós Movimento de Reconceituação, repensando a ação profissional articulada às diretrizes do SUS e ao Código de Ética Profissional.

Considerando a importância da interdisciplinaridade no desenvolvimento das ações de saúde, o Conselho Nacional de Saúde – CNS, caracteriza os assistentes sociais (dentre quatorze profissões) como profissionais de saúde de nível superior, e a própria categoria, mediante o

Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, se reconhece enquanto tal. No entanto, ressaltamos conforme o CFESS (1999, p.2, art.2º) que o assistente social –atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções

A inserção do serviço social no campo da saúde atende aos quesitos do conceito ampliado de saúde, entendendo o processo saúde-doença como decorrente das condições de vida e de trabalho. Assim, conforme o CFESS, o serviço social é entendido como;

[...] profissão que, na área da saúde, busca identificar os aspectos condicionantes e determinantes do processo saúde/doença expressos no art. 3º da Lei 8.080/90 com a finalidade de desenvolver/articular estratégias para o seu enfrentamento através de ações assistenciais, socioeducativas, de investigação, planejamento, participação social e formação profissional (CFESS, 2010).

Atuando assim, com o objetivo de identificar vulnerabilidades e determinantes sociais que possam interferir no processo de saúde e adoecimento dos sujeitos e articulando ações que possam efetivar os princípios do SUS. Neste sentido, cabe realizar a intermediação entre o dever do Estado e o direito à saúde do cidadão, promovendo e ampliando o acesso a este direito.

O processo de trabalho do assistente social se inscreve no âmbito das políticas sociais e atrelado a um projeto profissional comprometido com os interesses da classe trabalhadora com a perspectiva de superação das desigualdades sociais, conforme Netto (2006, p.155), em sua dimensão política o projeto profissional:

[. . .] se posiciona a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras.

Tal direcionamento demonstra alinhamento entre o Projeto Ético-Político profissional, os preceitos da Reforma Sanitária que delinearão a Política de Saúde e os princípios do sistema de Seguridade Social explicitados na Constituição. Essa profunda identificação com a defesa, garantia e ampliação dos direitos clarifica a importância deste profissional no desenvolvimento de ações que respondam as situações de risco, exclusão, vulnerabilidade e desigualdade social através da intermediação do conjunto de políticas públicas, na defesa do acesso à saúde como direito essencial.

A identificação das expressões da questão social como objeto e das políticas sociais como meio de trabalho do assistente social, o insere como cerne da promoção da garantia dos direitos. Ao desvendar as expressões da questão social, compreendendo o usuário em sua totalidade, identifica-

se a necessidade da articulação de redes de atendimento que abrangem o refinamento das relações interinstitucionais para a interlocução de direitos, abordagem que compreende o assistente social como agente articulador de redes. Neste sentido, Mito e Nogueira (2006) abordam que a ação profissional do assistente social se inscreve no eixo da intersetorialidade, pois a compreensão da saúde como processo prioriza a vida com qualidade enfatizando o aspecto político de indução a relações sociais mais igualitárias.

A organização de processo de trabalho no eixo da intersetorialidade prevê a promoção da assistência integral do usuário à medida que prioriza o acesso dos usuários aos seus direitos, articulando redes sócio assistenciais de atendimento. O desenvolvimento deste trabalho requer o planejamento do profissional, que ao reconhecer a importância desta articulação assegura o direito e a universalidade de acesso dos usuários aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.

Neste sentido, a capacidade de leitura da realidade social dada pelo processo histórico de construção da profissão relacionado a dinâmica da sociedade no enfrentamento da questão social, confere importância ímpar ao Serviço Social na condução de estratégias de garantia de acesso e ampliação dos direitos sociais nos diferentes espaços sócio ocupacionais. Essa visão da questão social que se expressa em sua totalidade no cotidiano dos usuários dos serviços de todas as políticas sociais, direciona o trabalho profissional para ações que ultrapassam as esferas setoriais e que, no campo da saúde, ganham maior centralidade à medida que influenciam no estado geral e primordial dos usuários: suas condições de vida, de existência, sua saúde.

Trabalhar na perspectiva da intersetorialidade é inerente ao desenvolvimento do processo de trabalho do assistente social, à medida que a complexidade dos fenômenos sociais ultrapassam os limites das políticas e programas sociais, exigindo intervenções integradas e que coadunem estas práticas conferindo proteção social. Neste sentido, Mito e Nogueira (2006, p.282), destacam que:

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/processos à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si, e particularmente na saúde integram o processo coletivo do trabalho em saúde. Não seria demais repetir que estão pautadas na lógica do Direito e da Cidadania, mais ainda na lógica do direito a ter direitos, o que na área da saúde reflete uma visão de cidadania estratégica, baseada na ação em torno das necessidades de saúde[...].

A medida que as ações profissionais, partindo da realidade sociohistórica, consideram o sujeito em sua totalidade, transpõem o caráter imediato das demandas articulando intervenções que garantem os direitos dos usuários não apenas no período de vivência do processo de saúde/doença que o levou até o serviço, mas numa perspectiva ampliada de saúde. Quando essa garantia de direitos disparada pelo profissional do setor saúde, decorrente da agudização das vulnerabilidades

dos usuários pelo processo saúde/doença, se articula intersetorialmente, promove a qualidade de vida, o conhecimento dos serviços das políticas sociais, a reflexão crítica e a autonomia dos usuários na busca e garantia dos direitos inerentes.

Compreende-se que o assistente social como profissional deve contribuir para a consolidação de bases mais igualitárias e democráticas das relações sociais, propondo estratégias de expansão de direitos sociais e cidadania, o que se materializa cotidianamente nas intervenções profissionais. Para tanto, no âmbito da saúde, a construção desse processo pressupõe a integralidade da atenção em saúde e a participação social como elementos norteadores na luta pela garantia do direito à saúde. Neste sentido, Mioto e Nogueira (2006, p. 282) destacam que:

[...] a construção da integralidade e da participação social em saúde, pelo Serviço Social, está atrelada a três processos básicos, dialeticamente articulados, a saber: os processos político-organizativos, os processos de planejamento e gestão e os processos socioassistenciais. A integração entre esses três processos é que permite estabelecer o trânsito tanto entre os diferentes níveis de atenção em saúde, quanto entre as necessidades individuais e coletivas, à medida que as ações profissionais estão, direta ou indiretamente presentes em todos os níveis de atenção e de gestão.

Os processos político-organizativos, de planejamento e gestão e os socioassistenciais destacados pelas referidas autoras, compõem o processo de trabalho profissional que, a partir das ações socioassistenciais desenvolve o conhecimento da singularidade dos usuários e a partir de sucessivas mediações entre a universalidade que os permeia e a particularidade que os abrange culminando na análise da conjuntura, que compõe este processo. Esta análise possibilita o planejamento e gestão de ações que transponham o caráter individual, elaborando intervenções balizadoras da materialização dos princípios da integralidade e da intersetorialidade no cotidiano dos serviços.

## **4 SERVIÇO SOCIAL E GARANTIA DE ACESSO A DIREITOS**

Ao longo do processo de formação profissional pudemos evidenciar a importância do planejamento profissional na execução de ações materializadoras da integralidade e da intersetorialidade no cotidiano do atendimento dos usuários a partir da elaboração e execução do projeto de intervenção de estágio –Serviço Social e a articulação interinstitucional, caminhos para a formação de redes sociais de atendimento. Este projeto resultou das experiências vivenciadas ao longo do processo de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, realizado no período de março de 2013 ao mês de junho de 2014, na Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A inserção no local de estágio possibilitou um conhecimento acerca do trabalho do assistente social em um hospital de alta complexidade, através das atividades acompanhadas e desenvolvidas no campo de estágio, identificando seu objetivo e os sujeitos envolvidos, desenvolvendo uma análise crítica deste processo de intervenção e a elaboração de uma análise sócio institucional. Nesta elaboração, realizou-se uma observação atenta às relações e contradições do espaço e um levantamento de dados sobre a instituição, a organização do Serviço Social e o processo de trabalho do assistente social na instituição. Culminando em um projeto de intervenção elaborado a partir de tudo o que foi estudado no processo de formação e vivenciado, identificado com o conhecimento do local e das expressões da questão social que se materializam neste espaço.

### **4.1 Contextualização do espaço sócio ocupacional**

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é um hospital público e geral que compõe a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação sendo vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Constitui-se como uma Empresa Pública de Direito Privado, criada pela Lei 5.604, de 2 de setembro de 1970, e seus recursos financeiros são provenientes de repasses do SUS e convênios.

O HCPA atua na área hospitalar, ambulatorial, ensino e pesquisa, prestando assistência em 62 especialidades. Vinculado academicamente à UFRGS, o Hospital de Clínicas disponibiliza sua estrutura para o desenvolvimento de atividades de ensino nos níveis médio, de graduação e pós-graduação, contribuindo para a formação de profissionais altamente qualificados, bem como, desenvolve pesquisas biomédicas, clínicas e epidemiológicas, em sintonia com diversos programas de pós-graduação, contribuindo fortemente para o desenvolvimento e a disseminação de conhecimentos nesta área.

O HCPA atende aos usuários do Sistema Único de Saúde e Convênios, tratando de situações de baixa, média e alta complexidade em saúde. O Serviço de Emergência do hospital recebe a demanda de pronto-atendimento clínico e cirúrgico em urgência e emergência, a adultos e crianças, com funcionamento de 24 horas por dia com uma equipe que presta atendimento especializado. O Serviço de Triagem realizado pela equipe de enfermagem identifica a gravidade do estado de saúde dos usuários, através de entrevista, verificação de temperatura e pressão arterial. A prioridade do atendimento se dá conforme o nível de gravidade, viabilizando socorrer aos casos mais graves.

Após o primeiro atendimento no Serviço de Emergência são dados os devidos encaminhamentos às Unidades de Internação específicas, conforme patologia detectada. Na internação inicia-se o processo de acompanhamento dos pacientes pela equipe multiprofissional responsável por tal Unidade de Internação, e que presta o devido atendimento aos pacientes visando a plena recuperação dos mesmos, e entre estes profissionais está o assistente social.

Entre as referidas unidades de tratamento, o hospital oferece o serviço de Oncologia Pediátrica que funciona desde 1995 no 3º andar leste (internação). A unidade foi construída a partir de recursos do Instituto do Câncer Infantil do Rio Grande do Sul<sup>11</sup>ICI, e esta parceria está presente no cotidiano do local. Pacientes provenientes de outros municípios e que não estejam internados podem utilizar, gratuitamente, a Casa de Apoio do Hospital de Clínicas, também construída com recursos do ICI, que dispõe de alojamentos para mães e pacientes. Um centro de apoio mantido pelo ICI oferece atendimento odontológico, atividades educativas e recreativas para pacientes que não estão internados, e também disponibiliza medicamentos não fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, cestas básicas e kit vestuário.

A unidade de Oncologia Pediátrica é coordenada pelo professor Dr. Mário Correa Evangelista Júnior, e sua equipe multiprofissional na unidade de internação é composta por médicos contratados, médicas residentes, nutricionistas, farmacêuticas, recreacionistas, pedagogos, assistente social e estagiária de serviço social, enfermeiras e técnicos de enfermagem, psicólogos e estagiários de psicologia.

O serviço social possui uma sala na unidade, utilizada para a organização do seu processo de trabalho, realizando entrevistas, registrando informações e realizando contatos interinstitucionais. O trabalho do assistente social na unidade realiza-se em contato direto com serviços das políticas de assistência social, previdência social, saúde e educação, e para tanto é necessário realizar um permanente reconhecimento, trabalho esse que deve ser feito junto ao usuário, do território que o usuário habita e os recursos que essa região comporta.

---

<sup>11</sup> Instituição beneficente voltada ao tratamento de crianças e adolescentes com câncer.

Essa abordagem compreende o sujeito em sua totalidade, e a partir desta perspectiva, –ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que interveem no processo saúde/doença (Costa, 2006, p.319).

Identificando o grande contingente de pacientes provenientes de outros municípios, o desenvolvimento pleno deste trabalho com vistas ao acesso a recursos e direitos do paciente e seus familiares, requer o estabelecimento de uma articulação efetiva com os serviços das políticas públicas dos municípios de abrangência.

A vivência de estágio obrigatório em Serviço Social nesta instituição, a partir de março de 2013, permitiu através da construção de análise sócio institucional o reconhecimento deste campo bem como demandas específicas para o Serviço Social. Neste processo identificam-se como principais demandas sociais:

- Política de Saúde – Tratamento Fora do Domicílio<sup>12</sup> (TFD): garantir o acesso ao serviço de saúde através da garantia do direito ao transporte, estadia e alimentação previstos em lei.
- Política de Saúde - proteger à saúde do acompanhante através de encaminhamentos dentro do próprio hospital e da vinculação com a Unidade Básica de Saúde (UBS Santa Cecília) do hospital, durante o acompanhamento no período de internação, e contato com a rede de saúde do município de origem, posto de saúde de referência do território, para continuidade do acompanhamento do tratamento do paciente quando em alta hospitalar.
- Política de Saúde - assistência farmacêutica, materiais/aparelhos necessários ao bem estar do paciente mediante suas condições físicas (muletas, cadeiras de rodas, carrinhos de bebê, andadores, etc..), alimentação e vestuário (cesta básica e roupas): garantia do suprimento destas demandas mediante parceria com o Instituto do Câncer Infantil enquanto os pacientes estão internados.
- Políticas de Assistência Social e Habitação - promover a vinculação e seu fortalecimento através de contatos com a rede de atendimento do município de origem do usuário para trabalhar acesso a direitos junto aos serviços da Política de Assistência Social do seu território (CRAS, CREAS, Conselho Tutelar) e à política de Habitação do seu município.

---

<sup>12</sup>Instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

- Política de Educação - manter a vinculação da criança/adolescente, internado ou em tratamento oncológico, com a escola garantindo o direito de acompanhamento do currículo escolar.
- Política de Previdência Social - Benefício de Prestação Continuada – BPC: garantir o acesso ao direito do paciente em tratamento oncológico, através do esclarecimento dos seus direitos, condicionalidades e encaminhamento do benefício.

Reconhecer o sujeito e a realidade social em sua totalidade é a essência do trabalho do assistente social, articulando estratégias de intervenção sobre as vulnerabilidades e fatores de risco que requerem um atendimento conjunto e engajado no mesmo propósito de minimizar as vulnerabilidades e garantia de acesso aos direitos, o que só se torna possível através da ação integrada dos diferentes serviços que atendem cada usuário.

O fator doença, neste caso, o câncer em suas várias tipologias, é o que traz cada usuário para ser atendido pelo serviço social da oncologia pediátrica, mas cada atendimento se desenrola em vários fatores que expressam as mais diversas vulnerabilidades decorrentes da doença ou não. Perceber essas vulnerabilidades é essencial para trabalhá-las com as famílias dos pacientes e através da informação estimular a reflexão, a garantia do acesso aos direitos e o protagonismo dos usuários.

A descoberta de um câncer na criança ou adolescente impacta a família do paciente desde o primeiro momento, passando a vivenciar um sofrimento constante desencadeado pelo risco de morte iminente. O sofrimento vivenciado pela família na maioria das vezes não se restringe a dor física e emocional do filho, mas é agravado pela dificuldade de lidar com o planejamento prático do cotidiano diante do tratamento da doença, causando profundas alterações na rotina familiar.

Conforme dados do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) que mede a incidência de câncer no Brasil, cerca de 33% da população brasileira encontra-se abaixo dos 19 anos e no ano de 2009 os índices de mortalidade deste grupo populacional apontam que os óbitos por neoplasias, encontraram-se entre as dez primeiras causas de morte no Brasil. No grupo das crianças menores de 5 anos de idade, o câncer corresponde à primeira causa de mortalidade. (INCA, 2008).

Segundo informações do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e da Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE), o câncer infanto-juvenil se diferencia do câncer do adulto por apresentar diferenças nos locais primários (parte em que a doença se apresenta), diferentes origens histológicas e diferentes comportamentos clínicos. Tende a apresentar menores períodos de latência e costuma crescer rapidamente tornando-se bastante invasivo. No entanto os sinais e sintomas são muito inespecíficos, confundindo-se com moléstias frequentes na infância (INCA, 2008).

Diversos fatores podem interferir na probabilidade de sobrevida no câncer pediátrico e um dos principais é o atraso do diagnóstico. A demora na adequação de cuidados médicos específicos é



consequência da falta de informação da população acerca dos sintomas e da precariedade dos serviços de saúde. O diagnóstico precoce depende da qualidade do atendimento do paciente quando este apresenta os primeiros sintomas, considerando a possibilidade de câncer, estabelecendo o pronto diagnóstico e adequado encaminhamento.

O tratamento do câncer infantojuvenil requer um atendimento especializado oferecido por hospitais de alta complexidade, por disponibilizarem um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a estes serviços integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Uma das principais áreas que compõe a alta complexidade do SUS é a assistência ao paciente oncológico.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre mantém o Serviço de Oncologia Pediátrica, atendendo crianças e adolescentes com diagnóstico de neoplasia maligna constituindo-se como um dos principais centros de referência no tratamento do câncer infanto-juvenil do país, motivo pelo qual recebe grande contingente de pacientes provenientes de cidades de todo o estado do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e outros estados. Conforme dados do site da instituição, o hospital estima conferir atendimento a cerca de cem pacientes novos por ano, levando em conta o prolongamento dos tratamentos e as recidivas da doença, o número total de pacientes oncológicos atendidos é ainda maior (HCPA, 2014).

A doença requer um tratamento prolongado, utilizando de procedimentos para os quais são necessárias várias internações e acompanhamento ambulatorial constante. A realização adequada do tratamento culmina em profundas alterações na vida da família envolvida que ao se dividir entre a casa e o hospital passa por importantes limitações socioeconômicas e familiares.

Neste sentido, conhecer a situação cultural, socioeconômica e familiar do paciente, identificando vulnerabilidades que possam interferir no processo de saúde e adoecimento dos sujeitos e articulando ações que possam efetivar os princípios do SUS, constituem o objetivo do trabalho do serviço social junto a essas famílias. Entretanto esse trabalho é prejudicado quando não há uma articulação efetiva com os serviços que conferem proteção social às famílias, ocasionando o reforço das vulnerabilidades pela falta de acompanhamento da família pelos serviços que abrangem as políticas de saúde, assistência, previdência social, habitação e educação do município de origem dos pacientes.

A fragilidade desta articulação ganha visibilidade quando o paciente retorna para casa e, necessitando manter acompanhamento do tratamento no hospital, tem dificuldades referentes às demandas iniciais, e que aparentemente já haviam sido superadas. Mediante o exposto e considerando que a Constituição Federal definiu que –a saúde é direito de todos e dever do Estado e a Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamenta o SUS, prevê, em seu Artigo 7º, como princípios do

sistema, entre outros:

- I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; [ .. ]

Evidencia-se a necessidade do refinamento das relações interinstitucionais, compreendendo o assistente social do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Unidade de Oncologia Pediátrica como agente articulador de redes que atendam as demandas da família através de políticas públicas e seus programas sociais. O desenvolvimento deste trabalho requer o planejamento do profissional, que ao reconhecer a importância desta articulação assegura o direito e a universalidade de acesso dos usuários aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.

Os meios de trabalho são as competências teórico-metodológicas, técnicas-operativas e ético-políticas, que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho, num compromisso com a qualidade dos serviços, a dignidade do ser humano, o acesso aos direitos sociais e o exercício da cidadania. Elementos de valoração ímpar na composição do método e instrumento de trabalho do assistente social, que através da intervenção na realidade deve modificá-la e transformá-la em conjunto com o usuário, materializando o projeto ético-político da profissão.

Perceber a realidade social da família do paciente e sua relação com o quadro de saúde/tratamento dimensionando o sujeito/usuário em sua totalidade é um exercício constante do assistente social. Exercício que explicita a importância de conhecer os processos particulares e sociais, que envolvem os sujeitos compreendendo as suas relações e de como as percebem a partir de suas necessidades; bem como sua responsabilidade para com o atendimento destas pessoas, perpassando um compromisso de informar, clarificar e levar à reflexão.

Neste sentido, a ação profissional está atrelada à capacidade de desvendamento da questão social, a partir da apreensão das suas expressões na vida dos sujeitos e nos impactos deste processo nas redes as quais pertencem. Exercício ligado a competência teórico-metodológica da profissão que lhe dota de significado –para ler a realidade e atribuir visibilidade aos fios que integram o singular ao coletivo. (IAMAMOTO, 2007, p.221)

Para clarificar este complexo processo social, se faz necessária a compreensão da categoria mediação, que utilizada na operacionalização do trabalho do Assistente Social constitui sua competência técnico-operativa. Pois, conforme Martinelli (1993) –as mediações expressam-se pelo conjunto de instrumentos, recursos, técnicas e estratégias pelas quais a ação profissional ganha operacionalidade e concretude. |

Neste sentido, a categoria mediação direciona e fundamenta a prática profissional, pois

segundo o materialismo histórico-dialético, a mediação estabelece a passagem da teoria para a prática. Visa ir além da aparência (do imediato) para alcançar a essência dos fenômenos sociais, conforme Pontes (1997), –as mediações estão centradas na tríade singularidade – universalidade – particularidadell.

Apreender o campo de mediações dos espaços profissionais a partir da identificação das demandas aparentes (institucionais e dos usuários), da compreensão própria da questão social e dos fenômenos em sua totalidade dimensiona a ação profissional clareando possibilidades de intervenção.

A inserção do acadêmico de serviço social nos diferentes espaços socioinstitucionais que constituem campo de estágio, possibilita o conhecimento prático das interfaces que compõem o ambiente de trabalho profissional, através do conhecimento da instituição, do acompanhamento e observação do trabalho do assistente social, e visibilidade da efetivação das dimensões da profissão atreladas ao trabalho profissional nos diferentes espaços de intervenção. Neste sentido conforme Lewgoy (2010,p.184), a importância da supervisão de estágio se torna ímpar neste processo, constituindo-se como –espaço de mediações entre formação e exercício profissional e espaço afirmativo de formação, alicerçada nas bases teóricas do projeto profissionalll, fatores imprescindíveis na composição da formação profissional.

O desenvolvimento do estágio curricular obrigatório em Serviço Social desenrolou num processo de conhecimento da instituição, do espaço ocupado pelo Serviço Social e do processo de trabalho desempenhado pelo profissional neste local. Este processo de conhecimento levou a identificação de elementos importantes à reflexão, possibilitando a construção da proposta do projeto de intervenção.

Entendendo que a questão social origina-se no conflito capital x trabalho, sendo esta, conforme Iamamoto (1998) –[...]apreendida como o conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura[...]ll compreende-se, através da vivência de estágio na instituição, que os sujeitos vivenciam as expressões da questão social em seu cotidiano, materializando-as em demandas que se referem às condições reais de vida dos usuários, antes, durante ou após o processo de adoecimento. No cotidiano de trabalho do serviço social na instituição estas demandas se apresentam na forma de: desemprego e subemprego; ausência de local de moradia; violência urbana, doméstica e acidentes de trabalho; abandono do usuário; dependência de álcool e drogas, entre outros conflitos que interferem no diagnóstico e tratamento; baixa aderência ao tratamento; necessidades especiais oriundas de sequelas decorrentes da doença, entre outras.

## **4.2 A ação profissional na direção da integralidade**

A ação profissional do assistente social requer o conhecimento crítico da realidade e dos usuários dos serviços ofertados pelas políticas públicas e a formulação do projeto de trabalho profissional. A ação profissional –implica na escolha de instrumentos apropriados às abordagens definidas [...] com base no planejamento, na documentação e num apurado senso investigativo (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 281).

A partir de tudo o que foi vivenciado e identificado no processo de conhecimento do local de estágio, da análise sócioinstitucional, das relações sociais, das expressões da questão social e do movimento da política de saúde aí implicado e que se materializam neste espaço, foi elaborado o quadro intitulado Campo de Mediações para o atendimento dos usuários da Oncologia Pediátrica do HCPA. Desenvolvido com base na interpretação da categoria mediação no processo de intervenção do serviço social, o seguinte quadro elenca os elementos identificados no espaço de intervenção nos âmbitos da singularidade, particularidade e universalidade, compreendendo-os como constituintes do campo no processo de mediações que possibilitam ao profissional a apreensão dos complexos fenômenos sociais.

**Quadro 1** - Campo de mediações para o atendimento dos usuários da Oncologia Pediátrica do HCPA

<b>Singularidade</b>	<b>Particularidade</b>	<b>Universalidade</b>
Compõe o campo de questões isoladas, do aparente.	Campo de mediação entre singularidade e universalidade.	Compreensão dos fenômenos em sua essência e totalidade.
Descoberta do câncer e seus impactos no âmbito familiar Demandas socioeconômicas: transporte; estadia; alimentação; vestuário; medicação; insumos necessários ao bem estar do paciente (aparelhos, cadeira de rodas, andadores, etc...) Vínculo escolar; Vínculo empregatício; Trabalho; Renda.	Atendimento pela Oncologia Pediátrica do HCPA. Projeto de Intervenção; Refinamento das Relações Interinstitucionais; Fortalecimento da Contra referência em saúde; Fortalecimento das Redes Socioassistenciais dos usuários. Protocolo de Atendimento	Direitos Sociais; Intersetorialidade e territorialidade; Políticas Sociais: Assistência Social, Previdência Social, Habitação, Educação; Política de Saúde; Assistência em Saúde; Universalidade e integralidade; Referência e Contra referência ; Conceito Ampliado de Saúde; Determinantes sociais de saúde.

Fonte: Autora, 2015.

A construção do quadro do campo de mediações discorre sobre as particularidades do espaço de atuação do profissional assistente social na Unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA, compreendendo a singularidade que abrange seus usuários e dimensionando a universalidade dos fenômenos sociais analisados, movimento realizado ao longo do processo de estágio curricular

obrigatório. A intervenção do assistente social considerando a análise atenta do campo de mediações possibilita o desvendamento das expressões da questão social pois:

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa através da reflexão com relação às condições sócio históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. (CFESS, 2010 p.22)

Assim, cabe ao assistente social olhar o sujeito e a realidade social em sua totalidade, articulando estratégias de intervenção sobre as vulnerabilidades e fatores de risco. Esta vivência culminou na elaboração do Projeto de Intervenção de Estágio em Serviço Social, intitulado –Serviço Social e a articulação interinstitucional: caminhos para a formação de redes sociais de atendimento.

Como resposta ao problema evidenciado, o projeto elencou, enquanto estratégias interventivas, o fortalecimento das redes de referência e contra referência em saúde, e das redes socioassistenciais dos usuários, por meio do refinamento das relações interinstitucionais e organização do processo de trabalho do serviço social, compreendendo o assistente social como o agente articulador de redes que atendam as demandas da família através de políticas públicas e programas sociais.

Mediante o exposto, este projeto foi elaborado com o objetivo de: *contribuir para a promoção da assistência integral à saúde do usuário e sua família e dos direitos e garantias individuais e sociais dos usuários, aprimorando a articulação interinstitucional para formação e qualificação de redes socioassistenciais de atendimento aos pacientes oncológico pediátricos e suas famílias através de um atendimento integrado com as Secretarias Municipais de Saúde.*

O referido trabalho se propôs ao refinamento das articulações interinstitucionais mediante o planejamento de um protocolo de atendimento dos usuários, que assegurasse a responsabilização dos municípios pela garantia de direitos dos seus munícipes, por meio das respectivas Secretarias Municipais de Saúde, através de um atendimento articulado ao serviço social do hospital.

A efetivação do projeto de intervenção ocorreu com o desenvolvimento da metodologia planejada, que consistiu em quatro momentos: O primeiro foi um levantamento de dados para identificação da realidade dos usuários atendidos pelo serviço, propiciando o desenvolvimento do projeto voltado à minimização das vulnerabilidades identificadas e alinhado ao movimento da realidade social e institucional. O segundo consistiu na elaboração do protocolo de atendimento, documento que materializa a proposta de articulação institucional tecida no terceiro momento a partir do diálogo com as Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Municipais de Assistência Social e dentro da própria instituição hospitalar, bem como aplicação prática do protocolo. O quarto

e último momento do projeto consistiu na alteração do instrumento utilizado para a entrevista inicial e acompanhamento social dos usuários do serviço social da unidade de oncologia pediátrica, abrangendo a necessidade de construção e materialização de articulações interinstitucionais entre os pontos de atenção em saúde e no eixo da intersetorialidade no atendimento de todos os usuários.

A estratégia que foi pensada e executada revelou-se de significativo efeito e também trouxe novas facetas sobre a realidade da política de saúde, principalmente quanto a diversidade de formas de gestão municipal. Deste modo, discorreremos a seguir sobre a apresentação e discussão de cada momento desta intervenção profissional.

Para a execução do primeiro momento do projeto foi realizada a seleção de todas as fichas de atendimento dos pacientes novos atendidos até então pelo Serviço Social da Oncologia Pediátrica ano de 2013, para a elaboração de uma tabela que congregou alguns dados de identificação que caracterizam a população atendida. Esta tabulação de dados teve como finalidade visualizar os municípios de procedência dos usuários atendidos, o número de usuários que já vieram para a primeira internação utilizando de transporte da Secretaria Municipal de Saúde ou que receberam recurso para este deslocamento, identificar os encaminhamentos realizados pelo Serviço Social verificando o índice de ligação com a Atenção Básica em Saúde e identificar o perfil dos usuários atendidos a nível socioeconômico e de vinculação a programas sociais.

A tabulação dos dados somou um total de 45 usuários novos atendidos na unidade de internação de janeiro a setembro de 2013, provenientes dos seguintes municípios: Porto Alegre (6 usuários), Novo Hamburgo(4), São Leopoldo (3), Alvorada (3), Viamão (2), Canoas (2), Venâncio Aires (2), Santo Ângelo (2) e Uruguaiana (2). Neste sentido, os dados obtidos constataram uma realidade já identificada anteriormente, de que a maioria dos usuários advém de municípios da região metropolitana e do interior deste estado.

Considerando o conceito de baixa renda<sup>13</sup> do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, dos 45 usuários novos atendidos pelo Serviço Social na unidade de internação, 32 apresentaram baixa situação socioeconômica com renda familiar inferior a três salários mínimos, destes, 15 já estavam vinculados ao Programa de Transferência Direta de Renda Bolsa Família. No tocante ao acesso ao serviço, para a primeira internação 30 usuários não utilizaram transporte da secretaria municipal de saúde, dos 15 que utilizaram, três vieram de ambulância.

Dos 28 atendimentos realizados pelo Serviço Social para contatos interinstitucionais com

---

<sup>13</sup>Que considera como família de baixa renda aquela com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo; ou a que possua renda familiar mensal de até três salários mínimos.(BRASIL, MDS, 2007).

serviços das políticas públicas dos municípios de origem dos usuários, no âmbito de atendimento de contra referência em saúde, a maioria dos contatos realizados foram para setores de transportes das Secretarias Municipais de Saúde e apenas um para articulação com Posto de Saúde.

A constatação destes dados evidencia a fragmentação das ações realizadas, principalmente no âmbito da política de saúde em que o único elo estabelecido para o atendimento dos usuários entre município e hospital se restringe ao setor de transportes das Secretarias Municipais de Saúde, portanto inexistindo um movimento de contra referência em saúde a medida que a articulação com este setor se restringe a garantia da chegada do usuário ao serviço de alta complexidade e seu retorno para casa mediante alta hospitalar.

A partir da tabulação de dados seguiu-se a identificação dos municípios de maior incidência de usuários atendidos, realizando a escolha de três municípios para a execução do projeto de intervenção, conforme previsto como segundo momento metodológico. A tabulação de dados revelou os municípios de maior incidência: Porto Alegre (6 usuários), Novo Hamburgo (4 usuários), São Leopoldo (4 usuários) e Alvorada (3 usuários). Devido a Novo Hamburgo e São Leopoldo apresentarem realidade parecida no tocante à forma de atendimento dos usuários de serviços de Oncologia Pediátrica (utilização de serviços da entidade assistencial AMO Criança), optou-se pelo município de Alvorada para compor a abrangência de execução do projeto junto a Porto Alegre e Novo Hamburgo.

Entre os municípios selecionados está a capital deste estado, e devido ao porte de sua Secretaria de Saúde que organiza a cidade por regiões sanitárias através dos Distritos de Saúde, a articulação com este espaço requereu um movimento diferente, realizando um novo recorte para análise, os bairros de moradia dos usuários. Assim, partir da análise dos bairros de moradia dos usuários residentes em Porto Alegre atendidos pela unidade de internação da Oncologia Pediátrica neste ano, observou-se a incidência dos bairros Glória, Cruzeiro e Cristal.

Em consulta no site da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, constatou-se que os serviços do SUS da capital estão distribuídos em oito Distritos Sanitários (DS), que são estruturas administrativas e gestoras regionais, e constituem-se também como espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. São compostas por Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos. Dessa forma, a execução do projeto se deu junto aos municípios de Novo Hamburgo, Alvorada e no caso de Porto Alegre, junto à gerência distrital Glória – Cruzeiro – Cristal.

O segundo momento metodológico foi a elaboração de um protocolo de atendimento, que se expressa como um documento para organização do processo de trabalho com o objetivo de refinar a articulação dos âmbitos da política de saúde com responsabilidades na viabilização do acesso ao

tratamento de saúde dos usuários. Sua construção se deu com base na análise dos princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde e de sua regulamentação através do decreto 7.508/2011, discorrendo sobre a referência do atendimento em saúde, o acolhimento e a contra referência em saúde.

A elaboração do protocolo de atendimento do serviço social (Apêndice A) aos usuários da Oncologia Pediátrica do HCPA, enquanto documento estratégico que materializa a necessidade de refinamento das relações de referência e contra referência em saúde para a concretização da assistência integral em saúde, e suas consequências a partir da sua implementação, constitui-se como uma das principais ações assistenciais a serem desenvolvidas pelo profissional assistente social na área da saúde, conforme ressalta o CFESS (2010) quando dispõe sobre os parâmetros do trabalho do assistente social na saúde:

[...] criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;  
[...] criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social.

A construção e implementação do protocolo de atendimento visaram o estabelecimento de uma relação formal de responsabilização para com o atendimento do usuário entre o Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e as Secretarias Municipais de Saúde. Compreendendo, de acordo com os princípios da Lei Orgânica da Saúde<sup>14</sup>, de que a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, entre outros, são fatores determinantes e condicionantes da saúde, essa relação prevê a articulação com os serviços de saúde, assistência, previdência social, habitação e educação do município de origem dos usuários, na formação de uma rede protetiva que garanta o acesso ao tratamento promovendo a saúde da família.

O terceiro momento se traduziu na articulação propriamente dita com as Secretarias Municipais de Saúde selecionadas e demais serviços das políticas públicas que conferem atendimento aos usuários da unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA, bem como intra-institucionalmente.

Inicialmente, procurou-se identificar assistentes sociais<sup>15</sup> nas Secretarias Municipais de Saúde, por meio de contato telefônico para estabelecer vínculo e explicitar os objetivos do projeto através da realização de uma primeira reunião em cada município. Neste movimento também se

---

<sup>14</sup> Lei 8.080, de 1990.

<sup>15</sup> Cabe ressaltar que encontramos assistentes sociais no quadro de profissionais que compõem a realidade de duas das três secretarias de saúde contatadas. Foi necessário articular estratégias de aproximação diretamente com profissionais ligados a gestão destes espaços.



contatou as respectivas Secretarias de Assistência Social, convidando representantes para compor as reuniões que consistiram na apresentação inicial do projeto nestes espaços (Apêndice C).

No município de Novo Hamburgo não há assistente social na SMS, então o contato foi estabelecido com a assessora do secretário de saúde. Também se estabeleceu contato com a Secretaria de Desenvolvimento Social, buscando abranger a intersetorialidade convidando representantes para compor a reunião. Já a SMS de Alvorada conta com um total de 6 assistentes sociais, foi estabelecido contato com a assistente social que atua no espaço há mais tempo e realiza atendimento aos usuários em geral. Também foi contatada a Secretaria do Trabalho, Assistência Social e Cidadania, convidando as assistentes sociais da proteção social básica para a reunião. Em relação ao Distrito Sanitário de Porto Alegre, estabelecemos contato com a gerência distrital, posteriormente também com uma assistente social que compõe este espaço. A supervisora de estágio acompanhou diretamente a realização destes momentos da execução do projeto.

As reuniões organizadas pelo projeto ocorreram em espaços das Secretarias Municipais de Saúde, objetivando num primeiro momento o fortalecimento de redes de atenção no âmbito das esferas da política de saúde, convidando representantes de serviços da política de assistência social para também participarem. Estas reuniões fomentaram a discussão acerca dos determinantes e condicionantes do processo saúde doença à medida que os usuários são vistos em sua totalidade. Assim, este formato de organização das reuniões do projeto evidenciou a necessidade de uma articulação entre os serviços das duas secretarias viabilizando a integralidade do cuidado em saúde.

A materialização destas articulações se deu de formas diferentes, pois levou em consideração a particularidade da realidade encontrada nos três espaços visitados, o que se pode constatar conforme quadro 02 a seguir.

#### **Quadro 2- Movimentos de Articulação Interinstitucional**

<b>ALVORADA</b>	<b>NOVO HAMBURGO</b>	<b>GCC - POA</b>
1- Articulação de reuniões com a assistente social da SMS, e coordenação da Proteção Social Básica. 2-Articulação de fluxo de atendimento que contempla o encaminhamento do usuário para acompanhamento junto ao serviço social da SMS.	1 - Articulação de reuniões com representantes da SMS, coordenação da Proteção Social Básica, e ONG vinculada ao atendimento de crianças e adolescentes com câncer. 2 - Articulação de acompanhamento dos usuários pelo PAIF 3 -Reunião com a coordenação da Atenção Básica em Saúde. 4 -Apresentação do projeto ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva- NUMESC.	1 -Reunião com a gerência distrital 2 – Reunião com assistente social da gerência distrital. 3 -Apresentação do projeto em reunião dos coordenadores das UBS. 4 -Articulação de fluxo de contato direto com as coordenações das UBS. Devido a existência do NASF no distrito, já realizam articulação de reuniões para o atendimento dos usuários no eixo da intersetorialidade.

Fonte: Autora, 2015.

Como resultante deste movimento junto aos municípios, revelou-se como necessária a

construção de articulações dentro da própria instituição hospitalar. Culminados pela articulação com os diferentes municípios e a apresentação do projeto de intervenção no Setor de Serviço Social do HCPA, as vias de diálogo abertas a partir do projeto também representavam a instituição hospitalar frente a estes espaços de gestão. Além disso, também para o acesso a recursos necessários a execução do projeto como, por exemplo, o uso de transporte, necessário para o deslocamento até os municípios para participação das reuniões.

Estas articulações interinstitucionais conferiram efetividade ao projeto de intervenção articulando movimentos que além de responderem aos desdobramentos incitados pelo projeto deram visibilidade a sua importância. Estes movimentos são constatados conforme Quadro 03 a seguir.

**Quadro 3-** Movimentos de Articulação Intrainstitucionais

<b>Serviço Social - HCPA</b>	<b>Serviço de Oncologia Pediátrica HCPA</b>	<b>Setores HCPA</b>
<p>- 2 Reuniões com a chefia do setor para estratégias de articulação do projeto com o DDA GCC considerando vinculação prévia com diferentes setores do hospital</p> <p>- 1 Reunião com a assistente social da emergência para se inteirar sobre a vinculação do distrito com este espaço, com a intenção de não sobreposição das articulações pré-existentes.</p> <p>-Apresentação do projeto na reunião de estagiários do HCPA</p>	<p>-1 Reunião com a chefe de enfermagem da unidade</p> <p>- Reunião com a chefia do Serviço de Oncologia Pediátrica</p> <p>-Problematização do processo de trabalho e apresentação das demandas inerentes ao movimento desencadeado pelo projeto à equipe multidisciplinar da unidade</p>	<p>- Reunião com chefe do CACON para obtenção de informações sobre o fluxo de atendimento dos usuários e levantamento de dados destes.</p>

Fonte: Autora, 2015.

A articulação com os municípios requereu um tempo maior do que o esperado. Processo que se deu em face da necessidade de um refinamento das relações políticas e sociais para acessar estes espaços. A dificuldade de acesso aos espaços procurados e aos seus representantes culminou na morosidade deste processo de articulação interinstitucional e deu visibilidade a dimensão do trabalho desenvolvido por estes órgãos. Neste sentido, o momento planejado no projeto de se buscar uma articulação com o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul - COSEMS-RS, não chegou a ser executada considerando o tempo para a conclusão e a necessidade de ter obtido um alcance maior de dados resultantes da proposta do projeto que subsidiassem uma apresentação do projeto a este órgão e conseqüente articulação.

Assim, seguiu-se à aplicação conjunta do protocolo no atendimento dos usuários, o que se

deu a medida que foi possível articular fluxos de atendimento com os diferentes espaços visitados.

Considerando a importância do projeto para a melhoria da assistência integral e compreendendo a contra referência em saúde e a articulação interinstitucional para a organização de redes socioassistenciais de atendimento como fatores determinantes para a qualificação do atendimento dos usuários do serviço de Oncologia Pediátrica do HCPA, e com o objetivo de dar visibilidade e continuidade ao movimento de articulação incitado pelo projeto como parte do processo de trabalho do assistente social neste espaço, foi feita uma reelaboração do instrumento utilizado na Unidade de Oncologia Pediátrica para a realização de entrevista do serviço social aos usuários.

Como componente para a organização do processo de trabalho comprometendo-se com a continuidade dos movimentos de articulação interinstitucional incitados pelo projeto, identifica-se também a forma de organização da intervenção profissional por meio do material utilizado como roteiro de entrevista dos usuários. A necessidade da realização desta reelaboração do instrumento de entrevista não tinha sido planejada no projeto de intervenção, mas tornou-se necessária para dar sustentação aos novos encaminhamentos que precisariam ser realizados.

Assim, compreende-se a necessária articulação entre o projeto e os elementos estruturantes que já sustentavam a ação profissional neste espaço. Neste sentido evidenciou-se a necessidade de reelaboração deste roteiro de entrevista enquanto instrumento técnico-operativo, de congregação do conhecimento, organização do planejamento e de registro de documentação utilizado através de uma forma de abordagem dos sujeitos a quem se destinam as ações.

Para tanto, num quinto momento, o projeto também efetivou a materialização desta mudança por meio da reelaboração do instrumento utilizado. Assim, o novo instrumento se constituiu como documento que materializa a necessidade da contra referência em saúde e da articulação interinstitucional na construção de redes socioassistenciais de atendimento, a medida que sinaliza a composição destes requisitos na execução das entrevistas.

A entrevista é uma técnica utilizada como instrumento de coleta de dados e informações, sendo relevante para desvelar a realidade de expressões da questão social, neste sentido, Marconi e Lakatos (1982, p. 70) referem que –a entrevista acontece por meio de duas pessoas que estabelecem um diálogo num ambiente profissional, a fim de que uma delas obtenha informações sobre determinado tema. Para o devido registro e sistematização da entrevista é importante a utilização de um roteiro que facilite a identificação da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista, previdenciária) e familiar dos usuários possibilitando a formulação de estratégias de intervenção.

São as estratégias de intervenção, instrumentos e técnicas, alinhadas às dimensões teórico-metodológica e ético-política que permitem a operacionalização da ação profissional, seu direcionamento define a coerência entre as ações desenvolvidas, o projeto profissional e o projeto

societário. Neste sentido,

São as ações profissionais, materializando os projetos profissionais, que colocam os diferentes projetos societários em movimento e, portanto, unicamente podem ser compreendidas processualmente, além de definidas a partir do contexto no qual se realizam e se articulam. A articulação se mostra como uma característica fundamental do processo na medida em que, nesta concepção, não é possível pensar em ações isoladas ou descoladas de seus fundamentos. [. . .]. Portanto, considera-se que o *como fazer* é peça fundamental para a garantia de uma relação coerente e dialética entre pensamento e ação e, conseqüentemente, para consolidar e legitimar o atual projeto profissional. (MIOTO;NOGUEIRA, 2009, p. 234)

Assim, a constante problematização do fazer profissional promove condições de estabelecimento de práticas provenientes de uma análise crítica da realidade, reformulando estratégias de defesa dos direitos dos usuários.

Dessa forma, a reelaboração da ficha utilizada promoveu a articulação entre os profissionais do serviço social das duas equipes<sup>16</sup> atuantes na Unidade de Oncologia Pediátrica, problematizando o instrumento que vinha sendo utilizado na intervenção. A partir desta articulação foi construído o instrumento intitulado: Acompanhamento Sócio familiar do Serviço Social da Onco-hematologia do HCPA (Apêndice-B) que contém elementos importantes a serem abordados junto aos usuários nas entrevistas realizadas pelos profissionais do serviço social na área da onco-hematologia, considerando que –O Serviço Social na onco-hematologia tem por objetivo compreender o contexto social, familiar e econômico em que o paciente está inserido, através da avaliação e do acompanhamento socioassistencial, a fim de viabilizar cuidado integral (interno e externo) para adesão e tratamento em saúde a partir das políticas intersetoriais (HCPA, RIMS, 2014).

Cabe ressaltar também, que este instrumento constitui o primeiro material de registro dos atendimentos em prontuário e possibilita a formulação de estratégias de intervenção profissional, subsidiando a equipe de saúde quanto às informações sociais não sigilosas dos usuários. Além disso, o registro congrega as ações desenvolvidas pelo profissional, conforme Lima, Miotto e Prá (2007, p. 96) expõem:

A documentação pode ser considerada como um elemento constitutivo da ação profissional, uma vez que ela lhe dá materialidade ao comprovar a realização da ação, realizada de diferentes formas, ou seja, em fichas, prontuários, relatórios de atendimentos (individuais, familiares ou de reuniões e de assembleias) realizados em instituições ou em domicílios, dentre outros.

---

<sup>16</sup>Na Unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA, atuam as equipes de Oncologia Pediátrica e de Hematologia Pediátrica, pois alguns leitos desta unidade são destinados aos pacientes da hematologia pediátrica, assim os profissionais das duas equipes dividem o mesmo espaço de trabalho para reuniões e entrevistas.

O registro nos prontuários eletrônico e social agrupam dados do usuário atendido, da situação trazida por ele, da intervenção profissional, entre outras considerações que se entendem como importantes, constitui-se em uma fonte viva de ajuda na intervenção e na produção de conhecimentos.

A reformulação do instrumento para realização das entrevistas e acompanhamento social dos usuários em articulação com os objetivos do projeto de intervenção busca dar visibilidade a necessidade de conhecer o serviço de referência em saúde do usuário, sua rede de atendimento e constituir uma articulação efetiva com os serviços que conferem proteção social às famílias desde o início do acompanhamento sócio familiar.

Considerando a importância da utilização deste instrumento na intervenção dos profissionais de serviços social, foi elaborado um material explicativo sobre o instrumento abordando a composição de cada item com o objetivo de constituir uma base instrumental que auxilie no processo de trabalho de profissionais e acadêmicos que venham a atuar neste campo desta instituição. Como forma de sistematização da avaliação de todas as atividades realizadas na execução do projeto segue no Quadro 04, de avaliação qualitativa e quantitativa.

**Quadro 4 - Avaliação Qualitativa e Quantitativa da execução do projeto de intervenção**

<b>ATIVIDADE</b>	<b>MEIO</b>	<b>QUANTIDADE ATINGIDA</b>	<b>RESULTADOS OBTIDOS</b>
Tabulação de dados dos usuários novos atendidos em 2013 pelo serviço social da ONCOPEP	Seleção de dados das avaliações sociais realizadas entre janeiro e setembro de 2013	Identificação de 45 usuários novos atendidos	*Caracterização da população atendida: município de procedência, meio de transporte, encaminhamentos realizados pelo Serviço Social, perfil dos usuários a nível socioeconômico e de vinculação a programas sociais.
Escolha de municípios para articulação	Análise da incidência dos municípios de procedência dos usuários através dos dados obtidos pela tabulação de dados, e seleção de 3 municípios para articulação interinstitucional.	*Tabulação de 28 municípios de procedência *Incidência de mais de um usuário em 9 municípios *Seleção dos 3 municípios de maior incidência de usuários	*Seleção dos municípios de Porto Alegre (6 usuários), Novo Hamburgo (4 usuários), e Alvorada (3 usuários) para articulação interinstitucional e execução do projeto.
Elaboração do Protocolo de Atendimento do Serviço Social aos Usuários do Serviço de Oncologia Pediátrica do HCPA	Estudo da legislação da política de saúde (LOS, portaria 4.279/2010, decreto 7.508/2011, PNHOS P) e elaboração do documento.	*Entrega do documento às Secretarias Municipais de Saúde dos 3 municípios selecionados.	*Discussão dos pontos de atenção sobre a necessidade de organização de fluxos de atendimento que contribuam para o atendimento integral e confirmam materialidade às RAS *Visibilidade dos usuários da ONCOPEP

Continua...

Organização e realização de reuniões para articulação interinstitucional com os municípios	Contato telefônico com as SMS dos 3 municípios selecionados, e profissionais de diferentes serviços das políticas públicas que conferem proteção social aos usuários.  Realização de reuniões nestes locais, utilizando de transporte conveniado a instituição.	*Realização de 4 reuniões na Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo. *Realização de 2 reuniões na Secretaria Municipal de Saúde de Alvorada. *Realização de 3 reuniões na gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal (POA)	*Abertura de um espaço de troca entre os profissionais dos pontos de atenção possibilitando a organização de fluxos de atendimento dos usuários.  *Discussão da assistência integral no eixo da intersetorialidade, abrindo espaço para discussão entre profissionais de diferentes políticas.
Reelaboração da ficha de entrevista do serviço social aos usuários	Revisão da ficha que vinha sendo utilizada nas entrevistas considerando a necessidade de itens que sinalizem para a importância da contra-referência em saúde e da constituição de redes socioassistenciais de atendimento.	*Construção de um novo instrumento para auxiliar a organização da primeira entrevista com os usuários *Padronização do instrumento a ser utilizado pelo serviço social da Oncologia Pediátrica e da Hematologia Pediátrica e Adulto.	*Início da utilização deste instrumento junto a realização das entrevistas com todos os usuários da Oncologia Pediátrica e Hematologia Pediátrica e Adulto.

Fonte: Autora, 2015.

O projeto de intervenção elaborado e executado ao longo do processo de estágio curricular obrigatório se propôs a organização de fluxos de atendimento entre as Secretarias Municipais de Saúde e o HCPA, aos usuários dos serviços da Unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA, a fim de garantir a integralidade do cuidado em saúde. A proposta evidenciou sua importância à medida que se aproximou de três municípios, selecionados através do levantamento de dados considerando os índices de incidência de usuários, para iniciar o movimento de articulação interinstitucional apresentando o projeto e sua fundamentação num compromisso com:

- a efetivação dos direitos e garantias fundamentais dos usuários;
- a efetivação dos princípios e diretrizes da política de saúde;
- o projeto ético-político profissional.

Neste compromisso, a proposta do projeto está afinada com a necessidade de materialização das Redes de Atenção em Saúde, Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, em que a compreensão de rede propõe uma relação horizontal entre os diferentes pontos de atenção viabilizando encaminhamentos resolutivos dentre os diferentes serviços de saúde, assegurando vínculos em diferentes dimensões, ainda que prevendo a hierarquização dos níveis de complexidade de assistência do SUS. Neste sentido, o modelo SUS de hierarquização do sistema de referência e contra referência procura garantir acesso aos serviços de saúde de acordo com as necessidades do tratamento, assegurando a atenção integral aos usuários.

Na relação de um acompanhamento que reconheça a integralidade, a Atenção Básica aparece como ordenadora do cuidado do paciente, pois conforme a Política Nacional de Atenção Hospitalar<sup>17</sup>;

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2013)

Assim, evidencia-se a necessidade e a importância de organizar fluxos de atendimento que transcendam o espaço hospitalar. Embora os usuários em questão estejam utilizando procedimentos que requerem atenção da esfera da alta complexidade, também necessitam do apoio de serviços da atenção básica para a manutenção do cuidado no território, necessidade verificada no cotidiano dos usuários e também prevista pela Política Nacional de Atenção Oncológica<sup>18</sup> que busca entre outros:

Art. 2º-Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo:

II - organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);

III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra referência, garantindo acesso e atendimento integral;

V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica; (BRASIL, 2005)

Sendo assim, a efetivação da Política Nacional de Atenção Oncológica requer uma articulação que estabeleça uma linha de cuidado perpassando todos os níveis de atenção em saúde, fortalecendo fluxos de referência e contra referência garantindo a integralidade do cuidado, definindo seus componentes fundamentais:

<sup>17</sup>A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, institui esta política no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

<sup>18</sup>A Política Nacional de Atenção Oncológica é disciplinada pela Portaria Nº-2.439/GM de 8 de dezembro de 2005, que institui a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 3<sup>o</sup>- Definir que a Política Nacional de Atenção Oncológica seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

III - atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidade Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados;

IV - média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

V - alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). (BRASIL, 2005)

O aparato legal da política de saúde embasa e fundamenta a importância da articulação entre os níveis de complexidade para a integralidade do cuidado em saúde, neste sentido, por meio do projeto de intervenção procurou-se através do contato com as Secretarias Municipais de Saúde:

- Refinar a articulação interinstitucional entre os serviços da política de saúde;
- Problematizar a realidade do atendimento dos usuários destes serviços;
- Articular fluxos de atendimento que materializem as Redes de Atenção à Saúde efetivando o previsto pela política de saúde e assim garantindo a assistência integral.

A organização de fluxos de atendimento no âmbito das Redes de Atenção à Saúde se refere ao atendimento conjunto dos usuários pelos diferentes serviços da política de saúde implicados no atendimento de suas demandas. Assim, a execução do projeto considerou, na articulação destes fluxos, a necessidade do conhecimento da realidade da forma de organização dos serviços da política de saúde nos diferentes municípios, possibilitando sua construção de maneira conjunta.

Conforme expresso no projeto, a contra referência se dá a partir do contato com as Secretarias Municipais de Saúde que identificando as necessidades do acompanhamento clínico do usuário identifica o serviço de saúde de média ou baixa complexidade referência de acordo com a estrutura municipal. Esse serviço dialogará diretamente com o HCPA ao longo do tratamento do usuário estruturando estratégias de atendimento das necessidades oriundas do tratamento do câncer.

Esta contra referência se refere à articulação de uma via de comunicação entre os serviços das esferas da política de saúde implicados no acompanhamento dos usuários da Unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA. Dessa forma, a articulação com o serviço se refere à comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, propondo que a contra referência se efetive por meio desta vinculação. Ao longo do processo de execução, encontrei entraves a esta efetivação, no



entanto, em cada espaço realizado consegui construir uma forma de organização deste fluxo de comunicação.

No caso de Alvorada, essa relação se estabeleceu com a equipe do serviço social da Secretaria Municipal de Saúde deste município, que então ficou responsável por manter um acompanhamento concomitante dos usuários. No tocante ao Distrito Docente Assistencial Glória – Cruzeiro –Cristal, SMS de Porto Alegre, foi estabelecida uma relação de fluxo direto de contato entre a equipe do serviço social da Oncologia Pediátrica e os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde do distrito de saúde, mantendo o acompanhamento conjunto dos usuários. No entanto, a articulação com a Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo e a apresentação do projeto ao seu Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva- NUMESC (os resultados desta reunião podem ser acompanhados na leitura do Anexo A, e do Apêndice D), possibilitou a problematização da necessidade de vinculação da articulação interinstitucional no âmbito da equipe multidisciplinar da unidade de Oncologia Pediátrica, relação que encontra possibilidade de efetivação a partir dos desdobramentos deste projeto na realidade dos serviços.

Neste sentido, percebe-se a partir da construção do Plano Terapêutico Singular (que já existe na Unidade de Oncologia Pediátrica, porém de forma muito incipiente) a possibilidade de ampliação da visibilidade da totalidade que abrange o usuário pelas demais áreas de atuação, que comumente só observam seus objetos de intervenção centralizando muito na questão da doença e na culpabilização do sujeito pela não aderência ao tratamento, desconhecendo sua realidade social e os fatores decorrentes que influenciam na dificuldade de adesão às exigências dos profissionais. O fortalecimento da estruturação do Plano Terapêutico Singular que conforme Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde:

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. [...] destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.).(BRASIL,2007,p.40)

Assim, considera-se que a consolidação desta estrutura de atendimento que abrange aspectos da relação com o paciente e sua família, montando um quadro que possibilite verificar a amplitude do caso, identificando vulnerabilidades, fatores de risco, a composição da rede de apoio e aspectos relacionados ao diagnóstico, é um importante referencial para a articulação efetiva de um acompanhamento conjunto entre a equipe multidisciplinar. A efetivação desta estrutura, exprimindo a construção de um panorama da totalidade que envolve o processo de saúde/doença do paciente,

também considera a participação dos diferentes serviços que atendem este usuário, constituindo-se também em motivo para a melhoria da articulação interinstitucional que este projeto propõe.

A elaboração de uma forma de aproximação do serviço social da Oncologia Pediátrica do HCPA com as Secretarias Municipais de Saúde, que consistiu na organização do estabelecimento de uma forma de contato, de apresentações, de reuniões e de um documento que materializa a necessidade da articulação interinstitucional para a promoção da assistência integral em saúde, constitui-se conforme Merhy (2002,p.49) na elaboração de uma tecnologia leve em saúde, por ser -tecnologia de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho.

No tocante ao mapeamento da realidade dos pacientes para identificação dos municípios de maior incidência e articulação interinstitucional a partir destes dados, compreende-se esta forma de aproximação enquanto estratégia para o início da construção de fluxos de atendimento, uma vez que se considera a necessidade da garantia de assistência integral a todos os usuários da política de saúde. Neste sentido, salienta-se ainda que este projeto se refere a um recorte específico da população, qual seja: crianças e adolescentes em tratamento oncológico no HCPA. No entanto a relevância da proposta de refinamento da articulação interinstitucional entre os serviços qualificaria o atendimento de todo e qualquer usuário, independente de sua patologia.

De forma geral, o estabelecimento de fluxos se deu entre a equipe do serviço social da Oncologia Pediátrica e os profissionais das Secretarias Municipais de Saúde, sendo que essa relação evidenciou formas diferentes de inserção profissional do assistente social nos municípios no âmbito da política de saúde, fortalecendo ou dificultando este processo de articulação. A vivência desse processo mobilizou a continuidade dos estudos acerca da importância da contribuição do assistente social no âmbito da política de saúde para a materialização de ações no eixo da integralidade e intersetorialidade devido ao objeto de trabalho, aos meios através da interlocução das políticas sociais, e ao conhecimento acerca do sistema de Seguridade Social num compromisso com a garantia dos direitos civis, políticos e sociais.

A legislação da política de saúde vem avançando na implementação de mecanismos que materializem o princípio da integralidade da atenção em saúde e do conceito ampliado de saúde, entretanto no cotidiano dos serviços percebe-se falta de articulação entre os preceitos dessa legislação e a realidade dos usuários na perspectiva de acesso e promoção das condições de saúde. Essa compreensão sinaliza também para a importância de ações no eixo da intersetorialidade construindo estratégias de interação das instituições de saúde com a realidade, trabalho que exige um conhecimento aprofundado acerca das políticas sociais.

Neste sentido, o assistente social pela capacidade de leitura da realidade numa perspectiva sócio histórica, pelo conhecimento de como as contradições do sistema capitalista refletem na saúde

dos sujeitos/usuários e pela especificidade do conhecimento e do trabalho no âmbito das políticas sociais coloca-se como profissional habilitado para a construção de estratégias que materializem os princípios da integralidade e intersetorialidade.

As ações deste projeto de intervenção visaram contribuir para a promoção da assistência integral à saúde do usuário e sua família e dos direitos e garantias individuais e sociais dos usuários, aprimorando a articulação interinstitucional para formação e qualificação de redes sócio assistenciais de atendimento aos pacientes oncológico pediátricos e suas famílias através de um atendimento integrado com as Secretarias Municipais de Saúde. A implementação deste projeto de intervenção e sua materialização na prática cotidiana do exercício do processo de trabalho do assistente social organiza as relações interinstitucionais priorizando o usuário no seu acesso ao direito a saúde. Pois como bem ressalta Vasconcelos(2007):

A unidade dialética entre teoria e prática, necessária a um trabalho profissional articulado aos interesses dos trabalhadores, não vai ser obtida no Serviço Social apenas a partir das referências teórico-metodológicas, mas sim tendo como base a qualidade das conexões que os profissionais – assistentes sociais, pesquisadores, docentes e assessores/consultores – estabeleçam com a realidade objeto da ação profissional, o que passa por uma relação consciente entre pensamento e ação, determinada pela garantia da associação acadêmica/meio profissional, a partir de um vínculo sistemático, projetado, permanente! (VASCONCELOS, 2007, p. 28)

A inserção no campo de estágio, o conhecimento da Política de Saúde e o desvendamento das expressões da questão social trazidas pelos usuários ao longo dos atendimentos, possibilitaram a construção de uma proposta de trabalho que se materializa no projeto de intervenção de estágio. A articulação desta proposta pressupõe a apropriação dos fundamentos teóricos; para a compreensão da realidade (fenômenos e processos), metodológicos; para o exercício do pensamento e da prática na abordagem da realidade, técnico-operativos; estratégias de intervenção, instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional e ético-políticas; na defesa do projeto ético-político profissional.

Neste sentido, é que o projeto de intervenção também se coloca enquanto organização do processo de trabalho pois cabe ao assistente social organizar seu processo de trabalho, independente da natureza (pública, privada, terceiro setor) da instituição em que atue, demarcando sua direção político profissional e função social de acordo com o projeto ético-político profissional.

O projeto ético-político do Serviço Social, que tem seus princípios fundamentais regulamentados pelo Código de Ética Profissional, expressa o posicionamento profissional a favor do reconhecimento da liberdade dos indivíduos sociais, e a luta pela autonomia destes a partir da defesa dos direitos humanos e civis, buscando sempre sua garantia e ampliação através do aprofundamento da democracia. Demonstra o respeito e o compromisso entre os profissionais e

destes para com a qualidade do atendimento prestado à população. Este posicionamento retrata um projeto profissional que estimula a construção de uma nova ordem societária que visa o término da exploração de classe, tendo como prerrogativa a justiça social e a eliminação de todas as formas de discriminação que levam à exclusão social.

Neste sentido, a inserção no campo de estágio, as atividades desenvolvidas e o projeto de intervenção demonstram alinhamento com o projeto ético-político profissional, a medida que consistiram na execução e elaboração de uma série de ações socioassistenciais; no sentido de democratizar as informações por meio de orientações e encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, construção do perfil socioeconômico dos usuários evidenciando determinantes e condicionantes em saúde possibilitando a formulação de estratégias interventivas que facilitaram o acesso à atenção integral, ações de articulação com a equipe de saúde; discussão do modelo socioassistencial; ações socioeducativas; sensibilização dos usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS; e de mobilização, participação e controle social estimulando a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de acesso aos serviços de saúde.

Utilizando, ao longo do período de estágio, de bases legais para a atuação e intervenção; Política de Saúde, Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética Profissional. Num compromisso com o processo de estágio entendido como “momento ímpar do processo ensino-aprendizagem, elemento síntese da relação teoria prática, da articulação entre pesquisa e intervenção profissional, e que se consubstancia como exercício teórico-prático” (CFESS, 2008).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao observarmos o movimento da categoria profissional destacamos: - os assistentes sociais só podem captar o movimento, o sentido e o significado da prática profissional buscando-os no movimento histórico da realidade social, do qual o Serviço Social é parte e expressão. (Vasconcelos, 2007, p.29)

A elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso é produto e parte de minha formação profissional, apoiado na teoria crítica compreendendo a realidade como um processo histórico e contemporâneo. Seu desenvolvimento buscou caracterizar a emergência e constituição da saúde enquanto política e direito, do serviço social enquanto profissão e de um fazer profissional alinhado aos interesses da classe trabalhadora, garantia de direitos e emancipação. Neste sentido, a articulação entre o projeto profissional e a política de saúde elencada ao longo deste trabalho evidencia a necessidade do desenvolvimento de ações que transponham a fragmentação dos serviços e das políticas compreendendo que tanto o alcance da saúde, como finalidade da política, quanto da liberdade e justiça social, valores fundantes da profissão, dependem da melhoria dos fatores condicionantes e determinantes deste processo, estando portanto atrelados a garantia da proteção social.

Assim, compreendo que a garantia do direito a saúde e a materialização do projeto profissional, compromissos do assistente social, constituem o sistema de garantia de proteção social, a Seguridade Social, e seu grau de efetividade depende da garantia de acesso da população aos recursos deste sistema como um todo. Dessa forma, a prática profissional deve transpor o espaço institucional e da política, desenvolvendo processos de articulação considerando os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde/doença e posto que se constitui como profissional que trabalha no âmbito das políticas sociais.

A prática de estágio associada a supervisão possibilitou a elaboração e execução do projeto de intervenção, resultante de uma análise consistente da realidade do espaço institucional, das relações que permeiam o acesso dos usuários ao atendimento em saúde e do papel do assistente social neste âmbito. A prática reflexiva deste processo resultou neste trabalho e numa vivência ímpar ao processo de formação profissional.

O processo de execução do projeto de intervenção permeou todo o processo de estágio e obteve resultados condizentes com a proposta, pois fomentou a discussão da importância da articulação entre os serviços de alta complexidade em saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, possibilitando a organização de fluxos de atendimento e a materialização das Redes de Atenção em Saúde. Além disso fomentou a articulação de redes socioassistenciais para a promoção da assistência integral a medida que promoveu um movimento de mudança dos processos de trabalho instituídos.

A dificuldade de articulação das relações interinstitucionais culminou na morosidade deste momento do projeto, o que se justifica pela necessidade de um refinamento da articulação com os espaços de gestão das políticas públicas para a efetivação da atenção integral em saúde, promovendo a mudança da lógica vertical e hierárquica dos processos instituídos. Neste sentido, cabe também aos profissionais dos diferentes pontos de atenção em saúde fomentar espaços de articulação entre eles e no eixo da intersetorialidade.

A articulação entre o serviço social da Unidade de Oncologia Pediátrica, representando este ponto de atenção em saúde, e os espaços de gestão da saúde em nível municipal deu visibilidade a necessidade de articulação com os pontos de atenção em saúde dos municípios e da articulação entre as políticas sociais para promoção da proteção social dos usuários da saúde. Assim, a organização das reuniões no eixo da intersetorialidade contribuíram para a promoção da assistência integral do usuário à medida que priorizaram o acesso dos usuários aos seus direitos, articulando redes socioassistenciais de atendimento aos pacientes oncológicos pediátricos e suas famílias.

Ao longo da execução do projeto, a partir do diálogo com profissionais da política de saúde dos diferentes espaços visitados, identificou-se a necessidade de ampliação da articulação proposta inicialmente, envolvendo a equipe multidisciplinar da Oncologia Pediátrica neste diálogo e articulação. Os desdobramentos das articulações realizadas pelo projeto foram apresentados a chefia e a equipe do serviço, evidenciando a importância do que fora realizado e a necessidade de haver uma continuidade. Também com este propósito, foi feita a alteração do instrumento utilizado como roteiro pelo serviço social para a realização de entrevistas com os usuários, sinalizando a importância de reconhecer e articular redes de atenção a saúde e redes socioassistenciais de atendimento desde a primeira entrevista, promovendo assim, uma mudança no processo de trabalho deste espaço.

As mudanças desenvolvidas pelo projeto de intervenção sinalizaram para a importância do desenvolvimento de ações profissionais que transponham o ambiente hospitalar promovendo a materialização da própria legislação da política de saúde, como bem explicitam as portarias e decretos mais recentes citados ao longo deste trabalho, e ampliando o espaço de intervenção através da interlocução de políticas e garantia de direitos de forma mais efetiva. Neste sentido, o exercício da autonomia profissional no desenvolvimento do projeto profissional crítico, conhecendo suas competências e qualificando tecnicamente suas intervenções com uma direção crítica clara, possibilita o desenvolvimento de ações que somem à luta da classe trabalhadora, em direção a garantia e ampliação de direitos, contribuindo para o fortalecimento das lutas sociais em caráter emancipatório.

## REFERÊNCIAS

BARROCO, M.L.S. Materialidade e potencialidade do Código de ética dos Assistentes Sociais Brasileiros. In: CFESS (Org.) **Código de ética do/a Assistente Social Comentado**. São Paulo: Cortez, CFESS, 2012.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: : desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)

\_\_\_\_\_. **Decreto 7508/2011**. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde. Disponível em : [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)

\_\_\_\_\_. Lei 8.080/1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em : [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.742/1993. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439/GM de 8 de Dezembro de 2005**. Política Nacional de Atenção Oncológica. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z, Garantindo Saúde nos Municípios**. 3. ed. Brasília - DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 4279/2010**. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção em Saúde no âmbito do Sistema único de saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390**, de 30 de Dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Decreto nº6.135**, de 26 de junho de 2007, disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6135.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6135.htm)

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília: MDS, 2005.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W.; Barros, R. B. de; CASTRO, A. M. de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. A Seguridade na travessia do Estado assistencial brasileiro. In: SPOSATI, Aldaíza (Org.) **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução n.º 273 de 13 março de 1993**. Código de Ética dos Assistentes Sociais. Brasília: CFESS, 1993.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.662 de 7 de junho de 1993. **Lei de Regulamentação da Profissão**. Brasília: CFESS, 1993.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010

\_\_\_\_\_. **Cartilha Estágio Supervisionado; meia formação não garante um direito**. Brasília: CFESS, 2008.

\_\_\_\_\_. Resolução n.º 383 de 29 de março de 1999. **Caracteriza o assistente social como profissional da saúde**. Brasília: 1999. Disponível em:  
[http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf)

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível? A construção dos direitos civis, políticos e sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006. P. 75-137

FLEURY, Sonia. Seguridade social: a agenda pendente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 414-424, set./dez. 2003.

FLORES, Moacyr. **Dicionário de História do Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 11. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche – capital financeiro, trabalho e questão**



social. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. Editora Cortez. São Paulo: 1998.

INCA. Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade**. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/tumores\\_infantis/pdf/livro\\_tumores\\_infantis\\_0904.pdf](http://www1.inca.gov.br/tumores_infantis/pdf/livro_tumores_infantis_0904.pdf)

KELLY, Paul. O livro da Política. Tradução Rafael Longo. 1.ed. São Paulo: Globo, 2013.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades** – entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **Hist. cienc. Saúde** - Manguinhos [online]. 2003, vol.10, n.3, pp. 1037-1051. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000300012>.

LIMA, T.C.S; MIOTO, R.C.T.; PRA, K.R.D. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais; algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos & Contextos** Porto Alegre v.6n 1 p. 93-104. jan./jun. 2007.

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

MARCONI, Marina de Andrade & LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1982.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Notas sobre mediações**: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema. **Serviço Social e Sociedade** n. 43, ano XIV. Cortez. Dez 1993.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. USP, 2008. Disponível em: [http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro\\_dra\\_inaia\\_Humanizacao\\_nos\\_Hospitais\\_do\\_Brasil.pdf](http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf)

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIOTO, Regina Célia Tamasoto; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde – Desafios intelectuais e operativos. **Revista SER Social**, Brasília, v.11, n.25, p.221-243, jul/dez.2009.

\_\_\_\_\_. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **Serviço Social e Saúde** - Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade** n.101, p.95-120. São Paulo: Cortez, jan./mar.2010.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço Social** – Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez, 1996.

PEREIRA. Potiara Amazoneida. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

PEREIRA. Luiza Helena. Material didático da disciplina HUM 08842 – Sociologia Clássica I. IFCH, UFRGS 2009.

PONTES, Reinaldo. **A categoria de Mediação em face do processo de intervenção do Serviço Social**. In. Metodologias e Técnicas do Serviço Social, Brasília: Sesi, 1996.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>

PUSTAI, Odalci José e FALK, João Werner. O sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, Bruce B. [et al.] **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre; Artmed, 2013.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

SANGLARD, G. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Revista Esboços**, UFSC, n. 16, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/viewFile/119/166>

SCLIAR, Moacir. **Cenas Médicas**: pequena introdução a história da medicina. Porto Alegre. Editora da Universidade, UFRGS: 1996.

SENNA, M.C.M.; MONNERAT.G.L. O setor Saúde e os desafios à construção da Seguridade Social Brasileira. In. BEHRING, E.R.& ALMEIDA, M.H.T. (orgs). **Trabalho e Seguridade Social**: Percursos e Dilemas. 2. ed. - São Paulo; Cortez, UERJ, 2010.

SIMIONATTO, Ivete e LUZA, Edinaura. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. **Textos e Contextos**, v.10, n.2, p 215 – 226. Porto Alegre: EdiPUCRS, ago./dez.2011.

USP. Biblioteca Virtual em Direitos Humanos. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/o-que-e-a-oms.html>

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

VASCONCELOS, M. A. **A prática do Serviço Social** – Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 5a ed., 2007.

VIANNA, M.L.W. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. In. BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.(orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez, UERJ, 2001.

**APÊNDICE A – Protocolo de Atendimento do Serviço Social aos usuários do serviço de  
Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



**Protocolo de Atendimento do Serviço Social aos usuários do serviço de Oncologia  
Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

O presente Protocolo de Atendimento expressa-se como documento para organização do processo de trabalho refinando a articulação dos âmbitos da política de saúde implicados na viabilização do acesso ao tratamento de saúde dos usuários. Política que se materializa na instituição hospitalar em consonância com as Secretarias Municipais de Saúde.

Este Protocolo de Atendimento é parte integrante do projeto de intervenção de estágio curricular obrigatório em serviço social intitulado: Serviço Social e a articulação interinstitucional: caminho para a formação de redes sociais de atendimento<sup>19</sup>. Este projeto de intervenção visa o atendimento integrado, através da articulação interinstitucional e formação de redes sociais de atendimento almejando:

- V- Fortalecimento das redes de referência e contra-referência em saúde;
- VI- Refinamento das relações interinstitucionais, compreendendo o assistente social como agente articulador de redes que atendam as demandas da família através de políticas públicas e programas sociais;
- VII- Fortalecimento das redes sócio assistenciais dos usuários.

Trata-se de uma forma de organização das relações interinstitucionais que cientes dos seus papéis e com o objetivo de priorizar o acesso dos usuários aos seus direitos, articularão redes sócio assistenciais de atendimento aos usuários do serviço de Oncologia Pediátrica do HCPA.

---

<sup>19</sup>Projeto de Intervenção de Estágio elaborado em 2013, pela acadêmica do curso de Serviço Social da UFRGS Thaís Braga de Souza, a partir da vivência de estágio curricular obrigatório na unidade de internação da Oncologia Pediátrica do HCPA.



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



## 1.Referência: Serviço de atenção secundária encaminha para HCPA (atenção terciária)

A compreensão de rede prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos dentre os diferentes serviços de saúde, assegurando vínculos em diferentes dimensões. Dessa forma o referenciamento para atendimento do usuário no HCPA, deve partir do serviço de média complexidade tão logo identificada a necessidade de atendimento especializado de alta complexidade, conforme Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011<sup>20</sup>:

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial; e
- IV - especiais de acesso aberto.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada

## 2. Acolhimento

A assistência em saúde se dá pela Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre através de uma equipe multidisciplinar constituída para o atendimento de crianças e adolescentes com diagnóstico de neoplasia maligna.

---

<sup>20</sup>Decreto que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



O Serviço Social na Oncologia Pediátrica do HCPA busca, através da avaliação e do acompanhamento sócio-assistencial, compreender o contexto social, familiar e econômico em que o paciente está inserido, a fim de viabilizar os Direitos Sociais e potencializar estratégias de enfrentamento do núcleo familiar que facilitem a vivência do diagnóstico e possibilitem a adesão ao tratamento.

Ao longo do tratamento identifica-se pelo acompanhamento sócio-assistencial dos usuários como principais demandas da população atendida;

- VIII- Saúde – Tratamento Fora do Domicílio<sup>21</sup>
- IX- Saúde – Assistência Farmacêutica
- X- Assistência Social e Habitação
- XI- Previdência Social – Benefício de Prestação Continuada<sup>22</sup>
- XII- Educação

O atendimento das demandas explicitadas ultrapassa o trabalho do profissional de saúde, requerendo uma articulação com os serviços das políticas públicas implicadas. A falha na articulação efetiva com os serviços que conferem proteção social às famílias culmina no reforço das vulnerabilidades pela falta de acompanhamento dos usuários pelos serviços que abrangem as políticas de Saúde, Assistência Social, Previdência Social, Educação e Habitação do seu município de origem.

<sup>21</sup>Benefício definido pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, disciplinado pela Portaria Federal nº 055, de 24 de fevereiro de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde, que tem por objetivo fornecer auxílio a pacientes atendidos pela rede pública ou conveniados/contratados pelo Sistema Único de Saúde – SUS a serviços assistenciais de outro Município/Estado.

<sup>22</sup>Benefício previsto no artigo 2º, inciso IV, da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993) consistindo no valor de um salário mínimo mensal pago às pessoas idosas e às pessoas portadoras de deficiência incapacitadas para a vida independente e para o trabalho, compreendendo neste contexto as crianças de zero a 10 anos e adolescentes entre 12 e 18 anos.



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



### 3. Contra-referência

Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, o paciente é reencaminhado (contra-referência) para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento.

A contra-referência se dará a partir do contato com as Secretarias Municipais de Saúde que identificando as necessidades do acompanhamento clínico do usuário identificará o serviço de saúde de média ou baixa complexidade referência de acordo com a estrutura municipal. Esse serviço dialogará diretamente com o HCPA ao longo do tratamento do usuário estruturando estratégias de atendimento das necessidades oriundas do tratamento do câncer.

O modelo SUS de hierarquização do sistema de referência e contra-referência procura garantir acesso aos serviços de saúde de acordo com as necessidades do tratamento, assegurando a atenção integral aos usuários.

Essa atenção integral diz respeito ao princípio da integralidade, um dos princípios fundamentais do SUS. Conforme o Ministério da Saúde (2009), a integralidade;

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

A garantia da integralidade do cuidado dos usuários requer a articulação dos serviços de atendimento constituindo um trabalho em rede num movimento intersetorial com abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde para sua promoção. Perceber o usuário em sua totalidade sinaliza a necessidade de uma troca entre os serviços das diferentes políticas públicas implicadas no atendimento das diferentes demandas dos usuários que refletem em seu estado geral, pois conforme Lei Orgânica da Saúde<sup>23</sup>;

---

<sup>23</sup> 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.



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Mediante o exposto a contra-referência se dará em dois momentos respectivamente;

Articulação entre o serviço social da Oncologia Pediátrica do HCPA e a Secretaria Municipal de Saúde

Articulação do serviço social da Oncologia Pediátrica e da Secretaria Municipal de Saúde com os serviços das políticas públicas implicadas no atendimento das demandas do usuário no seu município.

A organização do fluxo de contra-referência prevê a assistência integral ao usuário garantindo o acesso a todas as ações e serviços necessários para a promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde. Fluxo que se dará através do atendimento articulado em saúde entre o HCPA e os serviços das políticas de Saúde, Assistência Social, Previdência Social, Educação e Habitação do seu município de origem.

#### 4. Identificação e formas de contato

**Nome do Serviço:** Serviço de Oncologia Pediátrica

**Local de Funcionamento:** 3º Andar leste – internação/ambulatório – zona 11

**Serviço Social:** (51) 3359 8722 e 3359 8305

**Responsável:** Assistente Social Vanessa Panozzo Brandão (CRESS 4718) e acadêmica de Serviço Social Thais Braga de Souza

#### Referências

BRASIL, Lei 8.080/1990 Lei Orgânica da Saúde. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

BRASIL, Lei 8.742/1993 Lei Orgânica da Assistência Social. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)

BRASIL, Decreto nº7508, de 28 de junho de 2011, Brasília – DF, 2011

SAÚDE, Ministério da. O SUS de A a Z, Garantindo Saúde nos Municípios. 3ª Ed. Brasília - DF, 2009.



**APÊNDICE B -Instrumento para Entrevista e Acompanhamento Social - Onco-hematologia –  
Serviço Social ACOMPANHAMENTO SÓCIO-FAMILIAR**



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



**Onco-hematologia – Serviço Social  
ACOMPANHAMENTO SÓCIO-FAMILIAR**

**1.Dados de Identificação**

**Prontuário:**

Nome do Paciente:	
Data de Nascimento: / /	Sexo ( )F ( )M Naturalidade:
Escolaridade:	Cursando: ( )S ( )N Escola:
Endereço:	
Bairro:	Cidade:
Fone para contato ( )	Fone para recado ( )
Local de Trabalho:	Profissão:
Renda: R\$	Vínculo Empregatício: CLT ( ) Autônomo ( ) Estatutário ( ) Informal ( ) Aposentadoria ( ) Auxílio-doença ( ) BPC ( )
Religião:	
<b>Diagnóstico:</b>	
( )Adotado ( )Biológico ( ) "Criação" ( )Guarda Definitiva ( )Guarda Provisória	
Nome da mãe	Celular ( )
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:
Escolaridade:	Completo ( ) Incompleto ( )
Local de Trabalho:	Profissão:
Renda: R\$	Vínculo Empregatício: CLT ( ) Autônomo ( ) Estatutário ( ) Informal ( ) Aposentadoria ( ) Auxílio-doença ( ) BPC ( )
Religião:	
Nome do pai:	Celular ( )
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:
Escolaridade:	Completo ( ) Incompleto ( )
Local de Trabalho:	Profissão:
Renda: R\$	Vínculo Empregatício: CLT ( ) Autônomo ( ) Estatutário ( ) Informal ( ) Aposentadoria ( ) Auxílio-doença ( ) BPC ( )
Religião:	



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



## 2.Composição Familiar

Nome	Vínculo	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda

## 3.Aspectos Significativos da Relação Familiar

---



---



---



---



---



---

## 4.Situação de Saúde (histórico de doenças na família/histórico de internações/conhecimento da doença/expectativas frente ao tratamento)

---



---



---

## 5.História do Paciente (fatos marcantes)

---



---

5.1 Paciente em uso de medicamentos contínuos: ( ) Não ( ) Sim; \_\_\_\_\_

5.2 Hábitos Familiares em relação ao tabagismo, uso de álcool e outras drogas:

---



---

## 6.Referência em Saúde

Alta \_\_\_\_\_ Complexidade  
Média \_\_\_\_\_ Complexidade  
Atenção Básica \_\_\_\_\_

## 7.Encaminhamentos ao HCPA (como chegou ao hospital)

---



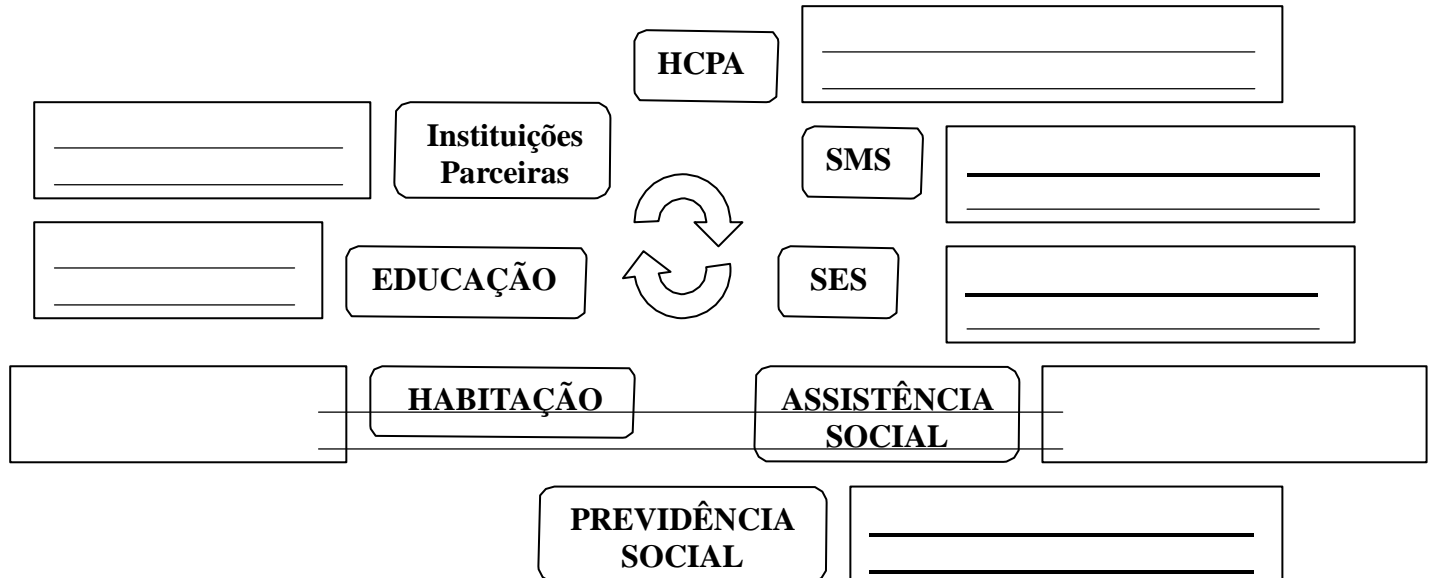
---



---



## 8. Rede de Atendimento ao Usuário



## 9. Telefones úteis

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 10. Rede de Apoio Social

Cuidadores; internação: \_\_\_\_\_ revesamento  
pós-alta: \_\_\_\_\_  
Casas de Apoio ( ) Não ( ) Sim; ( ) HCPA ( ) Outras;\_  
Visitas no Hospital\_  
Meio de Transporte \_\_\_\_\_

## 11. Situação Sócio-econômica

- ( ) **Baixa**; família c/renda per capita de até 1/2 salário mínimo ou renda familiar mensal de até 3s.m. (MDS)  
( ) **Média**; renda familiar mensal acima de 3 salários mínimos. (SAE)  
( ) **Alta**; renda familiar mensal acima de 6 salários mínimos. (SAE)

12. Programas Sociais: ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) Outros; \_\_\_\_\_



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



### 13. Situação Habitacional

Moradia	( ) própria ( ) financiada ( ) alugada R\$_____ ( ) cedida ( ) área verde ( ) programa habitacional
Estrutura	( ) madeira ( ) alvenaria ( ) mista ( ) outros;
Compartimentos	( ) sala ( ) quarto ( ) cozinha ( ) banheiro ( ) uma peça
Informações sobre o dormitório do Paciente	
Luz	( ) rede pública ( ) "puxada" ( ) não possui
Água	( ) rede pública ( ) poço ( ) "puxada" ( ) não possui
Esgoto	( ) canalizado ( ) arroio ( ) foca séptica ( ) sem canalização
Instalação Sanitária	( ) vaso sanitário interno ( ) vaso sanitário externo ( ) casinha ( ) banheiro dentro de casa com vaso sanitário e chuveiro ( ) banheiro fora de casa com vaso sanitário e chuveiro ( ) não possui
Características Importantes	Animais de estimação: ( ) sim ( ) não quais: _____ Lareira: ( ) sim ( ) não Fogão à lenha: ( ) sim ( ) não Outros:

14. Local de permanência no pós alta imediato: \_\_\_\_\_

15. Necessita VD? ( ) Porto Alegre/região metropolitana ( ) Interior RS/outros Estados ( ) não

16. Concedido auxílio alimentação: ( ) sim ( ) não

17. Vínculo: ( ) SUS ( ) Convênio; \_\_\_\_\_

### 18. Plano de Intervenção

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### 19. Encaminhamentos

( ) Secretaria de Assistência Social; CRAS ( ) CREAS ( ) Acolhimento ( ) CADÚnico ( )

Vale Transporte Assistencial ( )

( ) Secretaria de Saúde; SES ( ) SMS ( ) TFD ( ) Assistência Farmacêutica ( )

( ) Secretaria de Habitação



( ) Previdência Social; BPC( ) Seguro Desemprego( ) Auxílio Doença( )



( ) Ministério Público


( ) Secretaria de Educação

**Entrevistador:** \_\_\_\_\_ **Data do Preenchimento** \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – Material de apresentação em slides do Projeto de Intervenção e do Protocolo de Atendimento utilizado nas reuniões nos municípios com os quais o projeto foi realizado

<p><b>Serviço Social e a articulação interinstitucional: caminhos para a formação de redes sociais de atendimento</b></p> <p><i>Projeto de Intervenção</i></p> <p>Estágio Curricular Obrigatório III Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre Assistente Social Dra. Miriam Guterres Dias Assistente Social Dra. Vanessa Panozzo Brandão Acadêmica: Thais Braga de Souza</p> 	<p><u><b>Oncologia Pediátrica do HCPA e Serviço Social</b></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ O câncer requer um tratamento prolongado, sua realização adequada culmina em profundas alterações na vida da família envolvida que ao se dividir entre a casa e o hospital passa por importantes limitações socioeconômicas e familiares.</li> <li>☛ <u>O Serviço Social na unidade:</u> busca conhecer a situação cultural, socioeconômica e familiar do paciente, identificando vulnerabilidades que possam interferir no processo de saúde e adoecimento dos sujeitos</li> </ul> 
---	---

<p><b>Principais Demandas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde - Tratamento Fora do Domicílio</li> <li>• Saúde/Assistência Farmacêutica</li> <li>• Assistência Social e Habitação</li> <li>• Previdência Social- Benefício de Prestação Continuada</li> <li>• Educação</li> </ul>	<p><b>Direitos Sociais da Pessoa com Câncer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saque do FGTS</li> <li>• Saque do PIS/PASEP</li> <li>• Auxílio-doença</li> <li>• Aposentadoria por invalidez</li> <li>• Amparo Assistencial - BPC</li> <li>• Tratamento Fora do Domicílio</li> <li>• Vale transporte social</li> <li>• Isenção IPVA, IPTU, IPI, ICMS, Imposto de Renda</li> </ul> 
	<p><b>Estratégias Interventivas:</b></p> <p><u>Problema</u></p> <p>falha na articulação efetiva com os serviços que conferem proteção social às famílias</p> <p>=</p> <p>reforço das vulnerabilidades pela falta de acompanhamento da família</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimento das redes de referência e contra-referência em saúde;</li> <li>• Refinamento das relações interinstitucionais, compreendendo o assistente social como agente articulador de redes que atendam as demandas da família através de políticas públicas e programas sociais;</li> <li>• Fortalecimento das redes sócio assistenciais aos usuários.</li> </ul> 

<p><u><b>Objetivos do projeto</b></u></p> <p><b>Geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Promover a assistência integral ao usuário com vistas à garantia do acesso ao tratamento de saúde, através de um atendimento integrado com as Secretarias Municipais de Saúde.</li> </ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Estabelecer uma relação formal de responsabilização para com o atendimento do paciente entre o HCPA e as SMS entendendo-as como órgão de referência no atendimento em saúde dos seus municípios.</li> <li>☛ Articular redes efetivas de atendimento dos usuários a partir da vinculação com as SMS, constituindo um elo referência com os municípios, a partir do qual formaremos a rede com os serviços das demais políticas de proteção ao usuário.</li> <li>☛ Instrumentalizar os usuários a respeito de seus direitos, com vistas ao protagonismo e autonomia do sujeito.</li> </ul> 
--

<p>Hospital de Clínicas de Porto Alegre-Oncologia Pediátrica</p> <p><b>Serviço Social e a articulação interinstitucional: caminhos para a formação de redes sociais de atendimento</b></p> <p>Serviço Social - Projeto de Intervenção Estágio Curricular Obrigatório III Assistente Social Dra. Miriam Guterres Dias Assistente Social Dra. Vanessa Panozzo Brandão Acadêmica: Thais Braga de Souza</p>	<p><u>Protocolo de Atendimento do Serviço Social aos usuários do serviço de Oncologia Pediátrica do HCPA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Organização do processo de trabalho refinando a articulação dos âmbitos da política de saúde implicados na viabilização do acesso ao tratamento de saúde dos usuários;</li> <li>. Parte integrante do projeto de intervenção que visa o atendimento integrado, através da articulação interinstitucional e formação de redes sociais de atendimento;</li> </ul>
<p><u>1.Referência: Serviço de atenção secundária encaminha para HCPA (atenção terciária)</u></p> <p>. O referenciamento para atendimento do usuário no HCPA, deve partir do serviço de média complexidade tão logo identificada a necessidade de atendimento especializado de alta complexidade.</p>	<p><u>2. Acolhimento</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Atendimento por equipe multidisciplinar;</li> <li>. Serviço Social: avaliação e acompanhamento sócio-assistencial ;</li> <li>. Visando compreender o contexto social, familiar e econômico em que o paciente está inserido, a fim de viabilizar os Direitos Sociais e potencializar estratégias de enfrentamento do núcleo familiar que facilitem a vivência do diagnóstico e possibilitem a adesão ao tratamento;</li> <li>. O atendimento das demandas explicitadas evidencia a necessidade da articulação intersetorial.</li> </ul>
<p><u>3. Contra-referência</u></p> <p>.O paciente é reencaminhado para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento;</p> <p>.O modelo SUS de hierarquização do sistema de referência e contra-referência procura garantir acesso aos serviços de saúde de acordo com as necessidades do tratamento, assegurando a atenção integral aos usuários.</p> <p>.A garantia da integralidade do cuidado dos usuários requer a articulação dos serviços de atendimento constituindo um trabalho em rede num movimento intersetorial com abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde para sua promoção.</p>	<p><u>Contra-referência</u></p> <p>.A organização do fluxo de contra-referência prevê a assistência integral ao usuário garantindo o acesso a todas as ações e serviços necessários para a promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde. Fluxo que se dará através do atendimento articulado em saúde entre o HCPA e os serviços das políticas de Saúde, Assistência Social, Previdência Social, Educação e Habitação do seu município de origem.</p>

**APÊNDICE D – Resposta ao Parecer Técnico do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC, da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo**



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



Porto Alegre, 23 de junho de 2014.

**À Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo  
Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva**

Conforme Parecer Técnico do NUMESC, viemos através deste documento responder às considerações apontadas pelo núcleo sobre o projeto de intervenção de estágio intitulado: **Serviço Social e a Articulação Interinstitucional – Caminhos para a Formação de Redes Sociais de Atendimento.**

Este projeto de intervenção propõe a organização de fluxos de atendimento entre as Secretarias Municipais de Saúde e o HCPA, aos usuários dos serviços da Unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA, a fim de garantir a integralidade do cuidado em saúde. Nesta relação, a Atenção Básica aparece como ordenadora do cuidado do paciente, pois conforme a Política nacional de Atenção Hospitalar<sup>1</sup>;

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Neste sentido, procuramos através do contato com as Secretarias Municipais de Saúde:

- ✓ Refinar a articulação interinstitucional entre os serviços da política de saúde;
- ✓ Problematicar a realidade do atendimento dos usuários destes serviços;
- ✓ Articular fluxos de atendimento que materializem as Redes de Atenção à Saúde efetivando o previsto pela política de saúde e assim garantindo a assistência integral.

<sup>1</sup> A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, institui esta política no âmbito do Sistema único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).





HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



A organização de fluxos de atendimento no âmbito das Redes de Atenção à Saúde se refere ao atendimento conjunto dos usuários pelos diferentes serviços da política de saúde implicados no atendimento de suas demandas. Assim, este projeto considera que a articulação destes fluxos requer o conhecimento da realidade da forma de organização dos serviços da política de saúde nos diferentes municípios, possibilitando sua construção de maneira conjunta.

Conforme expresso no projeto, a contra-referência se dará a partir do contato com as Secretarias Municipais de Saúde que identificando as necessidades do acompanhamento clínico do usuário identificará o serviço de saúde de média ou baixa complexidade referência de acordo com a estrutura municipal. Esse serviço dialogará diretamente com o HCPA ao longo do tratamento do usuário estruturando estratégias de atendimento das necessidades oriundas do tratamento do câncer.

Esta contra-referência se refere à articulação de uma via de comunicação entre os serviços das esferas da política de saúde implicados no acompanhamento dos usuários da Unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA. Esta proposta também está de acordo com o previsto pela Política Nacional de Atenção Oncológica<sup>2</sup> que busca entre outros:

Art. 2º-Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo:

II - organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);

III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral;

V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;

Com este projeto consideramos também que Política Nacional de Atenção Oncológica estabelece:

Art. 3º-Definir que a Política Nacional de Atenção Oncológica seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

III - atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidade Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados;

<sup>2</sup> A Política Nacional de Atenção Oncológica é disciplinada pela Portaria Nº-2.439/GM de 8 de dezembro de 2005, que institui a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



IV - média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

V - alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);

Dessa forma, a articulação com o serviço se refere à comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, propondo que a contra-referência se efetive por meio desta vinculação.

Neste sentido, além dos profissionais do Serviço Social, referenciamos as enfermeiras responsáveis pelo Programa de Acompanhamento Familiar – PAF, desta Unidade de Oncologia Pediátrica como profissionais de referência para o contato com os profissionais da Atenção Básica. Referenciamos as seguintes profissionais compreendendo a importância da articulação entre os diferentes profissionais implicados no atendimento das demandas oriundas do tratamento oncológico, visando ao atendimento integral em saúde. Para tanto, os serviços de atenção básica poderão contatar as seguintes profissionais:

**Serviço de Oncologia Pediátrica do HCPA – 3º Leste;**

Enf<sup>a</sup> Josiane Dalle Mulle – chefe da unidade

Enf<sup>a</sup> Vânia Latuada – PAF, turno da manhã

Enf<sup>a</sup> Maria Isabel Cartagena – PAF, turno da tarde

A estruturação do Plano Terapêutico Singular considera aspectos da relação com o paciente e sua família, montando um quadro que possibilite verificar a amplitude do caso, identificando vulnerabilidades, fatores de risco, a composição da rede de apoio e aspectos relacionados ao diagnóstico. Exprimindo a construção de um panorama da totalidade que envolve o processo de saúde/doença do paciente. Neste sentido, sua construção considera a participação dos diferentes serviços que atendem este usuário,



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Fone (51) 3359 8000 | Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre - RS 90035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
[www.hcpa.ufrgs.br](http://www.hcpa.ufrgs.br)



constituindo-se também em motivo para a melhoria da articulação interinstitucional que este projeto propõe.

No tocante ao mapeamento da realidade dos pacientes, compreendemos esta solicitação enquanto estratégia para o início da construção de fluxos de atendimento, uma vez que consideramos a necessidade da garantia de assistência integral a todos os usuários da política de saúde. Neste sentido, ressaltamos ainda que este projeto se refere a um recorte específico da população, qual seja; crianças e adolescentes em tratamento oncológico no HCPA. No entanto sabemos que a proposta de refinamento da articulação interinstitucional entre os serviços qualificaria o atendimento de todo e qualquer usuário, independente de sua patologia.

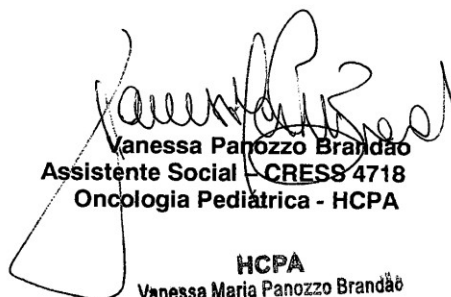
Neste sentido, conforme o e-mail encaminhado, indicamos o contato com o Serviço de Arquivo Médico de Informações em Saúde – SAMIS, para informações referente aos pacientes.

Destacamos o nome da **assistente social residente Caroline Figur dos Santos** para futuros contatos como referência deste projeto.

Sendo o que tínhamos para o momento, nos colocamos à disposição para maiores informações através dos telefones (51) 3359-8305 e 3359-8722.

Atenciosamente

  
Thaís Braga de Souza  
Estagiária de Serviço Social  
Oncologia Pediátrica HCPA

  
Vanessa Panozzo Brandão  
Assistente Social - CRESS 4718  
Oncologia Pediátrica - HCPA  
  
HCPA  
Vanessa Maria Panozzo Brandão  
Assistente Social - CRESS 4718

**ANEXO A – Parecer técnico do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva –  
NUMESC, da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo**



Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo  
Estado do Rio Grande do Sul  
Secretaria Municipal de Saúde - SMS  
NOVO HAMBURGO – CAPITAL NACIONAL DO CALÇADO

**PARECER TÉCNICO DO NUMESC**

Em 09 de Junho de 2014, o Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva (Numesc), reuniu-se para analisar a proposta da estagiária de serviço Social da Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sendo um Projeto de Intervenção: **Serviço Social e a Articulação Interinstitucional – Caminhos para a Formação de Redes Sociais de Atendimento.**

• Algumas considerações:

- A atenção básica aparece como ordenadora do cuidado do paciente em tratamento e/ou acompanhamento na oncologia do HCPA, mas não fica claro como se dará esta contra referência do paciente, incluindo um registro do seu plano terapêutico singular;
- Torna-se necessário um mapeamento da realidade referente a esses pacientes (número de pacientes, demandas de cada um, local de residência, etc...); para que a SMS possa dar garantia de assistência integral a estes usuários;

O NUMESC reconhece a relevância da proposta deste Projeto em estimular o diálogo em diferentes esferas da atenção, qualificando o direito à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde. O Núcleo abre as portas para projetos que possam ser construídos a várias mãos, num diálogo permanente entre a rede de serviços.

Após avaliadas as considerações acima, aguarda retorno para continuidade da construção da proposta.

Solange Shama

Coordenadora do Núcleo Municipal de Educação em  
Saúde Coletiva  
Numesc