



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

PALOMA BEATRIZ DA SILVA

**O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE EM
SAÚDE: BREVE ANÁLISE DA PRODUÇÃO TEÓRICA DA ÁREA**

**FLORIANÓPOLIS
2019**

PALOMA BEATRIZ DA SILVA

**O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE EM
SAÚDE: BREVE ANÁLISE DA PRODUÇÃO TEÓRICA DA ÁREA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Camargo

FLORIANÓPOLIS
2019

PALOMA BEATRIZ DA SILVA

**O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE
EM SAÚDE: BREVE ANÁLISE DA PRODUÇÃO TEÓRICA DA ÁREA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Serviço Social” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Florianópolis, 03 de julho de 2019.

Banca Examinadora:



Prof. Dra. Marisa Camargo
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora



Prof. Dra. Michelly Laurita Wiese
Universidade Federal de Santa Catarina
1ª Examinadora



Esp. Daiana Alves Siqueira
Hospital Universitário Professor PolydoroErmani de São Thiago
2ª Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Vera e Jair, por todo o amor e carinho. Amo vocês infinitamente.

Agradeço aos demais familiares que colaboraram de alguma forma nesta jornada.

Agradeço as amigas que conheci na graduação, pelo companheirismo, trocas de conhecimentos e idas ao nosso querido RU.

Agradeço a minha grande amiga, Alice, pelas palavras de conforto e por estar presente em todos os momentos da graduação ao meu lado, seja dentro ou fora da universidade.

Agradeço aos professores do curso de Serviço Social que contribuíram no meu processo de formação.

Agradeço a minha supervisora de estágio, Daiana Alves Siqueira, com quem aprendi tanto e tenho tamanha admiração. Um exemplo de Assistente Social na qual devo me espelhar futuramente.

Agradeço a equipe de Serviço Social do HU/UFSC com quem tive experiências enriquecedoras.

“Não deixe que os seus medos tomem o lugar dos seus sonhos”.

(Walt Disney)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo explicitar como se desenvolve o trabalho do (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde. A metodologia utilizada partiu de um estudo exploratório, baseado em pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa, fundamentado na teoria social crítica e no método dialético. Este está dividido em duas seções, além de introdução e considerações finais. Os principais resultados encontrados na pesquisa bibliográfica empreendida consistem na diversidade de demandas na qual o (a) Assistente Social lida no seu cotidiano profissional, tendo como compromisso do Serviço Social, a busca pela qualidade e universalidade dos serviços de saúde, bem como a garantia de acesso à saúde por meio da ampliação dos espaços públicos. Nessa perspectiva, identificou-se também o direcionamento do trabalho do (a) Assistente Social calcado nos princípios do projeto ético-político profissional, bem como dos princípios inspiradores do Movimento de Reforma Sanitária. Nesse sentido, concluímos que existe uma carência de produções teóricas sobre a delimitação temática, demonstrando a necessidade de estudos e pesquisas sobre o trabalho do (a) Assistente Social no âmbito hospitalar.

Palavras-Chave: Alta complexidade. Saúde. Serviço Social.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Página inicial do GOOGLE acadêmico.....	41
FIGURA 2	Página inicial de acesso da plataforma Scielo.....	42
FIGURA 3	Filtros adicionados na busca junto à plataforma Scielo.....	43

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Universo e amostra da pesquisa.....	44
QUADRO 2	Lista de produções teóricas selecionadas para a pesquisa, por título e autores(as).....	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AIS	Ações Integradas em Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CSE	Centro Socioeconômico
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DSEI	Distrito Sanitário Especial Índigena
DSS	Departamento de Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HPV	Papiloma Vírus Humano
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAASS	Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunização
PREVSAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de Serviço

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	14
2.1 CAMINHOS PERCORRIDOS PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO EM SAÚDE (SUS)	14
2.2 NÍVEIS DE ATENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ALTA COMPLEXIDADE.....	22
3 SERVIÇO SOCIAL E TRABALHO PROFISSIONAL NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE	32
3.1 PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E O DIREITO À SAÚDE.....	32
3.2 O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE.....	39
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a política de saúde só foi garantida como um direito universal a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado pela Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, a saúde é reconhecida como:

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196, p. 83).

A saúde no Brasil está estruturada em três níveis de atenção, que compreendem: nível primário ou básico, nível secundário ou de média complexidade e nível terciário ou de alta complexidade, implicando não somente na saúde da população, mas também na garantia de outros determinantes e condicionantes. Segundo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, os principais determinantes são: “alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, art. 3º, p. 1).

O hospital, considerado nível terciário ou de alta complexidade, *locus* de pesquisa do presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), não é tido comumente como um ambiente onde se deseja estar, ao contrário, configura-se enquanto local que remete à dor e ao adoecimento. Por menos complexo que seja o motivo da hospitalização, esta tende a ser, quase sempre, uma experiência negativa, tendo em vista o impacto que gera sobre a vida dos sujeitos. Assim, pode-se considerar que:

Toda doença leva o indivíduo a vivenciar uma situação de crise. Além de romper com o equilíbrio físico, a pessoa doente demanda uma nova estruturação psicológica para suportar esse momento. O fato, por si só, é gerador de angústias, medo e ansiedades. Quando a doença exige a hospitalização, essa fragilidade se potencializa (COSTA; SILVA; LIMA, 2010, p. 286).

Cabe ao (à) Assistente Social verificar se a família e o (a) usuário (a) estão em condições de compreender todos os trâmites necessários que envolvem a permanência no hospital, explicando seus direitos e deveres a fim de contribuir para a efetiva realização de leis, portarias, estatutos e afins que estão garantidos pelo SUS. O (a) profissional deve ter o cuidado de comunicar-se com uma linguagem acessível, para não dificultar a compreensão dos (as)

usuários (as) com termos técnicos. Para garantir isso, existe a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos (as) usuários (as) da saúde, a qual assegura que “é direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento” (BRASIL, 2009, art. 3º, parágrafo II, p. 01). Com isso, os (as) usuários (as) devem ter “informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível [...]” (BRASIL, 2009, art. 3º, parágrafo II, p. 01).

Ao longo de sua trajetória e desde a sua inserção na área da saúde, a profissão vem se dedicando ao atendimento dos (as) usuários (as) e seus familiares de forma integral,

desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal (CFESS, 2010, p. 41).

O (a) Assistente Social procura conhecer a realidade dos (as) usuários (as) que são atendidos (as) com o intuito de saber sobre a situação de saúde relacionada às condições de vida, objetivando a transformação de seu cotidiano, orientando-os (as) com informações sobre o acesso aos seus direitos e compreendendo que a saúde é perpassada por um conjunto de fatores determinantes e condicionantes. Sendo assim, o Serviço Social na área da saúde visa à “compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p. 28).

Neste sentido, as ações profissionais dos (as) Assistentes Sociais são pautadas na execução das rotinas de atendimentos, construídas a partir da prática profissional bem como a implantação de programas, de modo a estimular novos projetos que visem à melhoria da qualidade do atendimento ao (à) usuário (a) (XAVIER; LOPES, 2016). Portanto, trata-se de um grande desafio lutar pela efetivação dos direitos dos (as) usuários (as), “a fim de garantir os recursos financeiros, materiais e humanos necessários ao enfrentamento da doença” (XAVIER; LOPES, 2016, p. 136).

Com isso, a categoria profissional deve atuar em consonância com o Código de Ética, a Lei de Regulamentação da Profissão e as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), documentos estes que devem ser “observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras” (CFESS, 2010,

p. 33).

Diante do exposto, o tema delimitado para o presente TCC tem como foco o trabalho do (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde. A motivação para a escolha do tema relaciona-se à experiência dos Estágios Supervisionados em Serviço Social Obrigatórios I, II e III, realizados nos anos de 2017 e 2018 nas unidades de Clínica Médica II e Emergência Adulto, no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a qual possibilitou a aproximação com Assistentes Sociais da alta complexidade em saúde e conhecer o cotidiano profissional de atendimentos aos (as) usuários (as) do SUS.

O objetivo geral da pesquisa proposta neste TCC é explicitar como se desenvolve o trabalho do (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde. Os objetivos específicos são: a) conhecer as demandas apresentadas ao (à) Assistente Social na alta complexidade em saúde; b) delimitar as principais ações desenvolvidas pelo (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde; c) especificar as contribuições do Serviço Social para a alta complexidade em saúde.

A metodologia utilizada é caracterizada a partir de um estudo exploratório, baseado em pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa, fundamentado na teoria social crítica e no método dialético e suas categorias: historicidade, totalidade e contradição, que teve como delimitação do tema “*O trabalho do (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde*”. Em sua construção, utilizaram-se as produções teóricas encontradas nas fontes secundárias representadas pelo Google Acadêmico e o banco de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), a partir da busca por expressões acerca do tema, “Serviço Social na saúde”, “Serviço Social e Hospital” e “Serviço Social e alta complexidade”, cujos resultados encontrados foram submetidos à análise de conteúdo com recorte temático e analisados à luz do referencial teórico das áreas de Serviço Social e da Saúde Pública. Para a exposição, o trabalho foi estruturado em duas seções temáticas complementares e articuladas, além desta introdução e das considerações finais.

Na primeira seção realizou-se um breve resgate histórico acerca da saúde no Brasil traçando seu caminho até a Constituição Federal de 1988 e, por conseguinte, a aprovação do SUS. Também, aborda-se sobre o funcionamento dos serviços e ações nos três níveis de atenção em saúde destinados à população.

Na segunda seção discute-se a inserção do Serviço Social na área da saúde, bem como na luta pela defesa do acesso universal à saúde por meio do fortalecimento das políticas públicas, expondo-se, ainda, os principais resultados encontrados na pesquisa bibliográfica

empreendida. Por fim, apresentam-se as considerações finais retomando os aspectos que se destacaram no decorrer do trabalho.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Nesta seção apresenta-se um breve resgate histórico da política pública de saúde no Brasil, desde a sua gênese até o reconhecimento do direito à saúde na Constituição Federal de 1988. Nessa perspectiva, relata-se a trajetória e os principais acontecimentos que levaram à aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como seus princípios, diretrizes e níveis de atenção à saúde.

2.1 CAMINHOS PERCORRIDOS PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO EM SAÚDE (SUS)

Para entender o atual sistema público de saúde no Brasil, é preciso resgatar sua trajetória histórica, pois até 1988, a saúde não era reconhecida como um direito. Antes da chegada dos europeus no Brasil (1500), os indígenas já o habitavam há centenas de anos e enfrentavam suas próprias enfermidades. Com a colonização portuguesa algumas doenças que eram comuns na Europa e que não existiam no Brasil, acabaram sendo trazidas pelos navios. No período do Brasil Colônia (1500-1822) e do Império (1822-1889), não existia uma política pública ou um modelo de atenção à saúde direcionada para a população (SILVA, 2009).

Naquele contexto, os atendimentos emergenciais e as consultas eram realizadas pelos pajés e curandeiros que desenvolviam suas habilidades na arte de curar, através de cantorias e recursos da terra, como as plantas e ervas. A inexistência de assistência médica estruturada, fez com que se propagassem pelo país os boticários, conhecidos atualmente como farmacêuticos. Os boticários faziam a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos por meio de seus xaropes feitos de forma artesanal. Sendo estes os “médicos” da época, que aplicavam suas medidas “curativas” de forma amadora (SILVA, 2009).

Somente em 1543, a assistência médica aos doentes sem recursos no Brasil passou a ser “[...] prestada em instituições filantrópicas criadas por iniciativas particulares, como Santa Casa de Misericórdia” (SILVA, 1996, p. 09). A Santa Casa de Misericórdia foi a primeira instituição hospitalar do país, no entanto, suas práticas não eram consideradas científicas. As primeiras instituições de saúde com saberes científicos, bem como a criação das faculdades de medicina, emergiram no início do século XIX com a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil em 1808, devido à necessidade de criar uma estrutura sanitária mínima, para dar suporte à família imperial que chegava (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP, 2015).

No início do século XX, o Rio de Janeiro exibia um quadro sanitário conturbado devido à presença de diversas doenças graves que afetavam a população, como por exemplo: varíola, malária e febre amarela, o que acarretou consequências na saúde coletiva e outros setores como o comércio exterior, uma vez que os navios estrangeiros não queriam ancorar no porto. A política de saúde pública no Brasil começou a ser elaborada no Rio de Janeiro, em um período em que a cidade passava por reformas sanitárias (SILVA, 1996). Assim,

o interesse pela a criação de uma política pública de saúde pública no Brasil, nasceu a partir da disseminação da idéia de que a população era capital humano, e deixar que as enfermidades diminuíssem o seu potencial de trabalho e até mesmo reduzissem esta população trabalhadora, não seria lucrativo (SILVA, 2009, p. 14).

No início do século XX, as epidemias foram se tornando mais graves. A partir de então, começou-se a pensar formas para combater às enfermidades, corroborando com a estruturação do denominado Modelo Sanitarista Campanhista. Nesse contexto,

o Brasil do final do século XIX viveu um surto econômico proveniente da lavoura cafeeira e do crescente comércio internacional. Parte da riqueza gerada desse surto foi empregada em institutos de pesquisa. É o caso de São Paulo, com o Instituto Butantã, e do Rio de Janeiro, com o Instituto Soroterápico Federal (MONTEIRO, 2005, p. 13).

Esses institutos foram instaurados com o objetivo de criar laboratórios para fabricar vacinas e soros de combate às epidemias. O Modelo Sanitarista Campanhista objetivava a higiene da população, saneando as cidades para garantir as exportações agrícolas e combater as epidemias urbanas e endemias rurais, baseando-se em campanhas sanitárias. Tratou-se do primeiro modelo de atenção a surgir na construção das políticas de saúde no Brasil, implementando medidas de prevenção de doenças e precauções sanitárias (HAAS, 2003). Desse Modo:

[...] O Estado fazia algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação e/ou de saneamento básico. Assim ocorreu no final do século XIX e início do XX com o saneamento do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra varíola (CARVALHO, 2013, p. 07).

Em 1903, Oswaldo Cruz é nomeado diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, propondo erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Outra

medida tomada por Oswaldo Cruz foi a criação das campanhas para vacinação obrigatória contra a varíola, nas quais os doentes contagiosos eram obrigados a ficar em quarentena, além de liderar a limpeza sanitária nos cortiços (HOCHMAN, 2011). Cabe destacar que:

Com a imposição da vacinação obrigatória, as brigadas sanitárias entravam nas casas e vacinavam as pessoas à força. Isso causou uma repulsa pela maneira como foi feita. A maioria da população ainda desconhecia e temia os efeitos que a injeção de líquidos desconhecidos poderia causar no corpo das pessoas (PORTO, 2003, p. 53).

Essas invasões a domicílios incluíam a queima de roupas e colchões, com a alegação de que estes eram os focos de proliferação de ratos e mosquitos (SILVA, 2009). No entanto, a iniciativa não agradou a população, pois a imposição da vacinação obrigatória feria os direitos de liberdade, emergindo a denominada Revolta da Vacina, em 1904 (HAAS, 2003). Mediante a intervenção de policiais, a Revolta da Vacina foi derrotada e as atividades de saneamento se expandiram para outros estados, além do Rio de Janeiro.

O episódio consagrado como a “Revolta da Vacina” paralisou a cidade do Rio de Janeiro entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904, quando foi decretado o Estado de Sítio, iniciado o controle da rebelião e a dura repressão aos revoltosos com prisões e deportações (HOCHMAN, 2011, p. 378).

O modelo de saúde pública na década de 1920 caracterizava-se pela “[...] assistência previdenciária, ou seja, tinha direito à saúde pública aquele que estivesse empregado e contribuísse para previdência social” (ALVES, 2009, p. 24). O marco inicial da história da assistência médica previdenciária no Brasil é constituído pela Lei Eloy Chaves, primeira grande lei na área da saúde pública, em 1923. Tratava-se de um “Decreto-Lei nº 4.682 (24.01), de autoria do deputado paulista Eloy Chaves” (SILVA, 1997, p. 33), aprovado pelo Congresso Nacional. Por meio desta Lei foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para as empresas de ferro, abrangendo todos os seus funcionários. A Lei Eloy Chaves regulamentou a aposentadoria e a seguridade social dessa categoria profissional.

Em 1926 os benefícios foram estendidos às empresas marítimas e portuárias. Devido ao processo de luta dos trabalhadores para conseguir melhores condições de vida e de trabalho, o sistema previdenciário, caracterizado pelas CAPs, incluía como benefícios as assistências médica e farmacêutica. A assistência médica era considerada benefício previdenciário, ao qual tinham direito apenas aqueles trabalhadores que contribuía para a previdência social. A população que não era vinculada ao mercado formal do trabalho tinha os serviços de assistência

médica prestada pelas entidades de caridade e filantropia ou serviços de saúde apenas de forma preventiva pelo Estado.

Em 1930, Getúlio Vargas assumiu a presidência e promoveu mudanças na saúde criando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para substituir as CAPs. Os IAPs eram organizados por categorias profissionais, com abrangência nacional, e se restringiam aos trabalhadores urbanos.

Já no ano de 1942, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), para debater quais seriam os rumos da saúde pública no Brasil, “com o objetivo inicial de discutir com a população brasileira. Para tanto foram convocados profissionais da saúde do país. Cabe salientar que cada conferência discutia temas emergentes da época” (VEIGA, 2006, p. 156). Um dos temas discutidos na 1ª CNS foi a infância e a juventude. Ainda abordando sobre os rumos da saúde pública no Brasil, os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) criados na década de 1950, foram importantes para o avanço na área da saúde, pois segundo Scorel; Nascimento; Edler (2005, p. 63), tais Departamentos “constituíram a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias”.

Devido ao conturbado contexto político provocado pelo Golpe Militar de 1964, com a instalação do regime autoritário, os IAPs foram alvo de intervenção governamental, com a suspeita de fraude e má utilização dos recursos previdenciários. Com isso, foi instituída uma comissão formada por representantes dos Ministérios do Trabalho, Planejamento, Saúde e Fazenda com o intuito de propor uma reformulação no sistema da previdência social (SILVA, 1996). Em virtude disso, no ano de 1966, ocorreu a unificação dos IAPs ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A unificação de todos os institutos em um único órgão representou a centralização da previdência social no Brasil, culminando na responsabilidade do INPS de gerir as aposentadorias, pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais urbanos. Anos mais tarde, houve uma ampliação de novas categorias de trabalhadores na cobertura dos serviços prestados pela previdência social. Foram incluídos os trabalhadores rurais em 1971, as empregadas domésticas em 1972 e os trabalhadores autônomos em 1973 (HAAS, 2003).

O INPS representou a criação de um sistema de articulações entre o setor público e o privado, garantindo melhores condições técnicas e financeiras para o desenvolvimento da medicina curativa, com o privilégio de entidades hospitalares e de produção de insumos, estimulando o desenvolvimento de uma estrutura médica industrial, alimentando o crescimento

e consolidação de um setor privado forte, financiado pela compra de serviços médicos destinados à população (SILVA, 1996). Todavia:

Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAPs, compostos por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. A partir da criação do INPS, alegando a incapacidade de a rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 208).

Com a falta de recursos para a instalação e manutenção das redes próprias de serviços de saúde, desencadeando na desativação e/ou sucateamento dos serviços hospitalares da previdência, a solução encontrada pelo INPS foi a compra de serviços médicos no setor privado, pois com a unificação dos institutos, “a demanda de atendimento foi maior do que o esperado e o governo precisou recorrer à rede privada e a pagar pelos serviços médicos prestados à população excedente” (SILVA, 2009, p. 17). Para dar suporte ao INPS, “em 1978, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que auxiliou neste repasse de verbas do sistema público para a iniciativa privada” (SILVA, 2009, p. 17).

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil durante o período militar, era caracterizado pelo predomínio financeiro de instituições previdenciárias, pois após a unificação dos IAPs ao INPS, as contribuições previdenciárias se concentraram apenas no INPS (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Na década de 1970, a assistência médica da previdência social teve uma expansão em recursos arrecadados, dispondo do maior orçamento de sua história. Só que os serviços médicos fornecidos aos contribuintes eram prestados através de empresas privadas que eram pagas por Unidade de Serviço (US). Com isso, essa forma de pagamento se tornou uma fonte de corrupção. A construção ou a reforma de clínicas e hospitais privados com recurso público, mais especificamente advindo da previdência social, tinha enfoque na medicina curativa, sendo necessário à expansão das faculdades particulares de medicina em todo o país (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). No entanto:

Os cursos de medicina desconheciam, de um modo geral, a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 61-62).

Por volta de 1974, começou a surgir uma insatisfação com o regime militar por parte da população, constituindo-se estudos e pesquisas que mostravam os efeitos maléficos do

modelo adotado pela ditadura militar sobre a qualidade da saúde (MELLO; CARRARA, 1982). Nesse sentido, emerge também o movimento em prol da transformação da saúde, com frequentes denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, contando com a articulação de movimentos sociais e sindicatos de diversas categorias da saúde que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais, dando base para o Movimento de Reforma Sanitária (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Nessa mesma década, a saúde pública brasileira passou por mudanças, transformando-se em saúde coletiva (ASSUMPÇÃO, 2007). A saúde coletiva pode ser compreendida como um:

Novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população (KAZLOWSKI, 2008, p. 20).

Em razão disso, a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO¹), em 1979, reuniu várias pessoas que tinham ideais voltados à saúde coletiva e pública, onde se constituiu a ideia de criar uma saúde universal voltada para a atenção primária. Em virtude disso, na 7ª CNS foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) estabelecendo serviços básicos e atenção primária para a população. O PREVSAÚDE propunha a:

Reestruturação da rede pública de serviços de saúde no sentido da sua universalização e racionalização. Trata-se de converter a rede básica de serviços na porta de entrada do paciente no sistema de saúde, revertendo assim a característica hospitalar do atendimento (COHN, 1989, p. 127).

Na década de 1980, com o processo de redemocratização do país, paralelamente ao agravamento das condições sociais no Brasil, cresce o número de movimentos sociais lutando em prol da garantia de direitos. Para tanto, foram institucionalizados diversos canais de participação da população, para favorecer a colaboração da população na formulação e implementação de políticas sociais (SILVA, 1996).

As reivindicações e pressões organizadas pelos trabalhadores na década de 1980, em período de redemocratização no país, provocam a incorporação, pela

¹ Criada como uma associação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, expandiu-se no país devido a um convênio firmado entre o INAMPS e várias universidades. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Constituição Federal (CF) de muitas demandas sociais de expansão dos direitos sociais e políticos (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006, p. 03).

Entre 1983 a 1993 existiram três movimentos sociais importantes com grandes repercussões que implicaram no processo de formulação das estruturas das políticas de saúde no Brasil, sendo eles: Ações Integradas de Saúde (AIS) de 1983 até 1987; Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) de 1988 até 1989; e, Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1990. As formulações das propostas de reordenação do setor desses movimentos sobre a saúde eram: AIS, SUDS, SUS apresentando a sequência: integrada-unificado-único (BERENGER, 1996).

Em 1981, cria-se o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) devido à necessidade de uma revisão nas formas de organização da assistência médica previdenciária existente no Brasil, com o objetivo de conter as despesas da previdência social com a assistência médica diante da crise financeira existente no sistema previdenciário. A partir do Plano CONASP, surgiram as AIS concretizando-se através de convênios assinados pela maioria dos estados brasileiros e as Secretarias Estaduais de Saúde, incorporação progressiva dos municípios com o intuito de buscar o fortalecimento da rede básica ambulatorial, mediante a contratação de recursos humanos, a articulação nos serviços privados e em alguns casos, contando com a participação da população na gestão dos serviços, integrando os serviços que prestavam a assistência à saúde da população em nível municipal, estadual e federal (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O propósito era conter gastos, prestando atendimento de forma organizada e prioritária (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Estavam envolvidas entidades como o INAMPS e o Ministério da Educação por meio dos hospitais universitários, Secretarias de Estado, Secretarias Municipais de Saúde e instituições de ensino. Tendo como motivação a melhoria da atenção à saúde para a população, seus objetivos eram desenvolver uma capacidade gerencial dos serviços no nível local e regional e integrar os recursos que vinham de diversas fontes para as ações de saúde (BERENGER, 1996).

As AIS propiciaram o surgimento das comissões interinstitucionais de saúde em nível estadual, constituindo a base dos atuais conselhos de saúde, bem como contribuíram para a implementação do SUDS. O SUDS foi regulamentado pelo Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, com convênios entre o INAMPS e os estados, sendo reconhecido como a base inicial da construção do SUS abordado na Constituição Federal de 1988. O SUDS tinha como objetivo “contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde”

(BRASIL, 1987, art. 1), tendo como consequências a concentração do poder nas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e o início do desmonte do INAMPS. Portanto:

Na prestação dos serviços, o SUDS herdou grande parte do atendimento ambulatorial que era de competência do INAMPS, tendo como herança as inúmeras filas, a baixa qualidade na prestação dos serviços e maiores problemas com o financiamento (BERENGER, 1996, p.53).

O papel do SUDS era reorganizar “as ações e serviços através da criação de um Sistema Único de Saúde, acabando com a persistente dicotomia entre ações curativas e preventivas, descentralizando-as” (SILVA, 1996, p. 50). Seus princípios eram universalidade, integralidade, hierarquização, resolutividade, participação, descentralização e regionalização, os quais deveriam ser colocados em prática por meio da assinatura de convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS) e as Secretarias Estaduais de Saúde. O SUDS passou a fazer a integração das atividades e unidades assistenciais do INAMPS às Secretarias Estaduais de Saúde, delimitando as funções nos três níveis de governo e definindo a função de cada esfera sobre a saúde. Os governos estaduais e municipais ficaram efetivamente responsáveis pelo gerenciamento das ações de saúde em seu território.

No ano de 1987, é levado à Assembleia Nacional Constituinte o projeto da reforma sanitária brasileira garantindo o direito à saúde de forma gratuita. As lutas pela reforma sanitária questionavam o conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que definia como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1948).

Em contrapartida, os participantes do movimento sanitário apresentaram duas concepções de saúde. A primeira referia-se à atenção em saúde, destinando suas ações à promoção e à manutenção de saúde. A segunda, caracterizava o conceito de saúde por meio das relações sociais e de produção, as quais determinavam a qualidade e a longevidade de vida da população. Tais concepções foram levadas para discussão na 8ª CNS, primeira conferência aberta à sociedade civil, com grande mobilização nacional, com a participação de aproximadamente 5 mil pessoas, lutando pela aprovação de um sistema único de saúde, público e de qualidade para todos e controlado pela sociedade (OLIVEIRA, 2009).

A 8ª CNS resultou em um relatório final, cujo conteúdo culminou na formulação do artigo nº 196 da Constituição Federal de 1988, que qualificava a saúde como direito de todos e dever do Estado. A referida Conferência foi um grande espaço de luta pelos direitos e um marco na história da saúde brasileira, tanto pelo número de participantes, como representantes de

várias (se não de todas) as forças sociais envolvidas neste processo que se fizeram presentes (SILVA, 2009). Dentre os participantes estavam profissionais da saúde, população trabalhadora, sindicalistas, movimentos sociais e militantes, cujo objetivo em comum era a construção de um sistema único de saúde.

Num clima de efervescente criatividade e compromisso, povos indígenas, movimento feminista, grupos de pacientes, movimentos comunitários, trabalhadores rurais e urbanos, debatem durante cinco dias em cento e trinta e cinco grupos de trabalho, e numa assembleia final que durou mais de 24 horas, aprovam o projeto político da Reforma Sanitária Brasileira, que foi base do capítulo da saúde na Constituição de 1988 (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 201).

Importante destacar que, “um dos maiores avanços dessa Constituição, em termos de política social, foi a adoção do conceito de seguridade social, englobando em um mesmo sistema as políticas de saúde, previdência e assistência social” (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006, p. 03). O conceito de seguridade social consta no artigo nº 194 da Constituição Federal de 1988 como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 151).

Por fim, os participantes do movimento sanitário presentes na 8ª CNS, na qual “se aprovou a criação de um sistema único de saúde, que se constituísse num novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à previdência” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 78), foram os protagonistas para que a Constituição Federal de 1988 adotasse a proposta de criação de um sistema único de saúde, de caráter público e de responsabilidade do Estado, iniciando assim, a construção do atual Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

2.2 NÍVEIS DE ATENÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ALTA COMPLEXIDADE

No Brasil, o SUS está legitimado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, bem como pela Lei nº 8.142, de 28 de

dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Por meio dessas legislações a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado. Tal conquista se deu através do movimento sanitário articulado com demais movimentos sociais, cujo objetivo era pensar um sistema público, para solucionar os problemas de atendimento da população, defendendo o direito universal à saúde. Destaca-se que:

A reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, a reforma sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (FLEURY, 2009, p. 746).

A LOS detalha o funcionamento do sistema de saúde e institui os preceitos que seguem até a atualidade. A partir dela, o direito à saúde de forma gratuita, passa a ser extensivo à população brasileira em geral. Nessa perspectiva, o SUS é um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990, art. 4º, p. 1). Ao ser equiparada a direito universal, a saúde passa a beneficiar tanto os (as) trabalhadores (as) formais, quanto os (as) trabalhadores (as) informais, isto é, aqueles com ou sem carteira de trabalho assinada.

O SUS possui princípios doutrinários e diretrizes organizativas que definem como deve ser o acesso aos serviços de saúde. Os princípios doutrinários são:

a) Universalidade no atendimento, o que pressupõe que todos têm direito aos serviços de saúde, em todos os níveis de atendimento, sem a cobrança de qualquer tipo de taxa pelo atendimento;

b) Integralidade nas ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de atenção em saúde;

c) Equidade nos atendimentos aos (as) usuários (as), no sentido de ter igualdade e justiça na perspectiva para a vida em sociedade (BARROS; SOUSA, 2016).

As diretrizes organizativas buscam garantir um melhor funcionamento do sistema de saúde, concretizando-se na prática por meio da:

a) Participação popular ou controle social, para garantir que a população participe do processo de construção do SUS e funcionamento dos serviços de saúde. Entende-se por controle social, a “participação da sociedade na formulação, acompanhamento e verificação das políticas

públicas” (STOTZ, 2006, p. 150). O controle social pode ser feito através de “duas instâncias de participação nas políticas sociais: os conselhos e as conferências” (BRAVO, 2009, p. 03).

b) Descentralização com comando único, de “ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na municipalização” (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004, p. 16). Isto significa que os serviços devem estar próximos de todas as pessoas, fazendo com que o SUS esteja em quase todos os lugares onde cada esfera: municipal, estadual e federal deve ter um responsável local, porém em articulação com as demais esferas.

c) Regionalização e hierarquização, diz respeito à distribuição dos recursos da rede de serviços entre as regiões, “constituída em níveis de complexidade crescente e que pode ser complementada por serviços de natureza privada” (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017, p. 1156).

A atenção à saúde no Brasil segue uma organização descentralizada, estabelecendo diferentes níveis, visando à garantia de um atendimento efetivo às pessoas de todas as idades. O sistema de organização em três níveis de atenção à saúde serve como uma triagem para o SUS, em cujo contexto os (as) usuários (as) são encaminhados (as) de um nível ao outro, de acordo com a sua demanda.

Tendo em vista a hierarquização dos níveis de complexidade do sistema de saúde, alguns autores formulam crítica à fragmentação do modelo de atenção, Mendes (2010, p. 2299), observa a fragmentação do modelo de atenção à saúde “através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população”. De acordo com o autor, a fragmentação ocorre quando “a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio” (MENDES, 2010, p. 2299). Cabe registrar que, nesse contexto, os modelos de atenção à saúde consistem em:

Formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (TEIXEIRA, 2006, p. 25).

Os três níveis estruturados de atenção em saúde, compreendem: atenção primária ou básica, atenção secundária ou de média complexidade e atenção terciária ou de alta complexidade. O nível primário ou de atenção básica em saúde, é conhecido como a porta de

entrada ou de acesso preferencial no SUS. Tem como eixo estruturante, ou seja, organiza seus serviços a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), concentrando as ações relacionadas à prevenção do risco de doenças e à promoção da saúde, “a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica” (BRASIL, 2017, art. 4).

A ESF foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, estruturada inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF), mas ganhou a denominação de estratégia, por ser um eixo principal para reorganização dos serviços de saúde, tendo como foco de atenção centralizar suas ações na família, considerando que vários determinantes de saúde incidem sobre os indivíduos que compõem a família. Ou seja:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa uma alternativa significativa e estruturante para a política de saúde brasileira, com vistas a atender ao disposto na Constituição Brasileira de 1988 sobre saúde, e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SORATTO et al., 2015, p. 585).

Neste nível ficam as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), onde estão os casos menos complexos, como marcação de consultas, exames básicos, realização de procedimentos simples, como os curativos e vacinação e assistência farmacêutica para ampliar o acesso da população aos medicamentos básicos, tendo os recursos como responsabilidade das três esferas governamentais. De acordo com a Portaria² n° 2.436, de 21 de setembro de 2017, a atenção básica pode ser entendida como um:

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, art. 2, p. 2).

A atenção básica é composta por uma equipe multiprofissional que deve buscar ofertar uma atenção integral à saúde dos indivíduos, considerando-os em sua complexidade e procurando ofertar um conjunto de ações de vigilância em saúde de acordo com as demandas da população, realizando visitas domiciliares às famílias atendidas quando necessário (BRASIL, 2017).

² Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No nível secundário ou de atenção de média complexidade em saúde, estão os ambulatorios e hospitais que oferecem atendimento especializado e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), fazendo a mediação entre o nível primário e o terciário, oferecendo serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, englobando ações e serviços que não exigem tanta tecnologia, mas visam atender os problemas e agravos de saúde da população, que devido à complexidade do caso, exigem profissionais especializados e recursos tecnológicos para o tratamento.

A primeira UPA foi criada como uma das estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências para melhor organizar a articulação dos serviços. Tal estratégia surgiu como uma das iniciativas para resolver os problemas da superlotação nas emergências dos hospitais. Dessa maneira, as UPAs:

Devem funcionar 24 horas por dia, realizando triagem classificatória de risco, prestando atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e a Estratégia de Saúde da Família não estão ativas, [...] e constrói fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência com outras instituições e serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2015, p. 239).

O processo de referência se caracteriza pelo encaminhamento das UBSs para os níveis de média e alta complexidade. Enquanto, a contrarreferência configura-se pelo retorno do (a) usuário (a) da média ou alta complexidade para a APS, ou seja, quando a continuidade do tratamento requeira menos recursos tecnológicos e terapêuticos, como os disponíveis nas UBSs (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Sendo assim, os (as) profissionais de saúde que atuam no nível secundário estão preparados (as) para atuar em urgências e emergências, realizando procedimentos de média complexidade, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças. Os tipos de atendimentos realizados na atenção secundária em saúde se dão através de consultas ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência, além da realização de certos tipos de exames laboratoriais e de imagem, articulados com a atenção básica, atenção hospitalar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O SAMU conta com equipes de médicos (as), enfermeiros (as), auxiliares de enfermagem e condutores socorristas. Este serviço tem como objetivo:

Ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de

natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada (BRASIL, 2013, p. 25).

Já no nível terciário ou de atenção em alta complexidade em saúde, segundo Paim et al. (2001, p. 25), “inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos”. Trata-se do nível mais complexo do sistema de saúde, onde estão os hospitais de grande porte, que atendem demandas de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

O referido nível de atenção, foco do presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), é composto por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, realizando procedimentos mais invasivos e de maior risco à vida, envolvendo alta tecnologia, equipamentos mais avançados e de alto custo, como aparelhos de ressonância magnética. Os profissionais do nível terciário são altamente especializados e capazes de atender situações que no nível secundário, não puderam ser tratadas, por serem mais raras ou complexas, a exemplo das cirurgias que ocorrem de última hora, bem como cirurgias eletivas³. Portanto:

A organização hospitalar se difere dos outros serviços de baixa ou média complexidade, pois as necessidades dos usuários não podem ser adiadas nem tão pouco permitem padronizações excessivas. Sendo assim, é necessário trabalhar com bom senso, de acordo com o esperado e também diante da imprevisibilidade das situações, com profissionais capacitados para atuar diante das situações adversas (POERSCH; ROCHA, 2005, p. 10).

Devido à complexidade, é necessário haver profissionais qualificados e comprometidos, pois os mesmos exercem um papel importante nas ações que realizam dentro dos hospitais. De acordo com a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, os hospitais são:

Instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013, p. 2).

³ Dizem respeito a procedimentos realizados com data marcada.

Com os inúmeros avanços atrelados à própria medicina e ao desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico, a atenção hospitalar vem assumindo características novas. Atualmente, o hospital é considerado um prestador de serviços no campo da atenção, prevenção e recuperação da saúde, proporcionando meios para pesquisas e ensino em todas as atividades relacionadas à saúde.

Isso se deve à Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece que “os hospitais, enquanto integrantes da RAS [Rede de Atenção em Saúde], atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde” (BRASIL, 2013, art. 4, § 1º, p 2). As Redes de Atenção à Saúde (RAS⁴) estão caracterizadas na Portaria nº 4.279, de 30 de setembro de 2010, 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” (BRASIL, 2010, p. 4). Tem como objetivo, “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, p. 4).

As RAS são “desenhadas de maneira a centralizar na APS [atenção primária em saúde] a coordenação do cuidado e ordenação das redes, buscando fornecer um contínuo coordenado de ações e serviços de saúde a partir de uma população definida territorialmente” (PEITER et al., 2019, p. 2), ou seja, responsável por “ordenar, ao longo das redes, os fluxos de pessoas, produtos e informações, definindo quem deve ir à atenção especializada e à atenção hospitalar, com exceção dos eventos agudos” (MENDES, 2018, p. 434).

Ao longo de sua trajetória, o SUS acumulou inúmeros avanços, especialmente, quanto à “[...] oferta de diversos programas, projetos e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira” (SOUZA; COSTA; 2010, p. 510). Dentre os reconhecidos avanços do sistema público de saúde brasileiro, destacam-se:

a) Programa Nacional de Imunização (PNI): “ampliou a cobertura vacinal média de menores de um ano e incorporou novas vacinas direcionadas a grupos populacionais específicos, como a vacina contra HPV (papilomavirus humano) para adolescentes e contra a

⁴ Em outras palavras, a RAS é um conjunto de serviços de atenção à saúde que funciona de forma contínua e integrada em um mesmo nível ou em níveis diferentes de atenção em prol de promover a saúde integral aos indivíduos, constituindo-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Estes três elementos “devem ser definidos de modo a responder prontamente aos eventos agudos, como também manejar as condições crônicas de saúde” (PEITER et al., 2019, p. 2).

gripe (influenza) para idosos” (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018, p. 1), erradicando as epidemias no Brasil.

b) Sistema Nacional de Transplante: maior sistema público de transplante de órgão do mundo, considerado “um dos maiores avanços obtidos pela medicina no século XX” (MARINHO, 2006, p. 2230).

c) Programa de Controle do HIV: visa “ações de prevenção e tratamento da AIDS, destaca-se a melhoria do acesso à terapia antirretroviral” (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018, p. 1), a partir da qual a população começou a ter controle sobre o seu tratamento.

d) Programa de Saúde da Família: atua na manutenção da saúde e na prevenção de doenças das famílias, assumindo “o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades” (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000, p. 317).

e) Programa da Farmácia Popular do Brasil: iniciativa do governo federal com a finalidade de “ampliar o acesso aos medicamentos considerados básicos e essenciais, de forma igualitária, a qualquer cidadão brasileiro que utilize ou não o sistema público de saúde, [...] os medicamentos desse programa podem ser inteiramente financiados pelo governo (elenco subvencionado) ou parcialmente (copagamento)” (YAMAUT; BARBERATO-FILHO; LOPES, 2015, p. 1649), tratando as doenças com maior incidência na população.

f) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: serviço pré-hospitalar móvel para vítimas que precisam de atendimento com maior rapidez possível, “compostos por centrais reguladoras e por um conjunto de ambulâncias, e requerem profissionais qualificados e equipamentos adequados para o atendimento às urgências” (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011, p. 523).

Paralelamente aos avanços, o SUS, considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, enfrenta também alguns desafios, como o orçamento muito menor que o necessário, “o financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público” (PAIM, 2011, p. 20 e 21). Em decorrência disso “enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública” (PAIM, 2018, p. 1725), o que se agravou com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, aprovada no governo Temer⁵, responsável pelo congelamento dos

⁵ Teve início no dia 12 de maio de 2016, quando o vice-presidente da República, Michel Temer (MDB), assumiu interinamente o cargo de presidente, após o afastamento temporário da presidenta Dilma Rousseff (PT),

recursos públicos de diversas políticas por 20 anos, restringindo o acesso e a qualidade dos serviços prestados para a população.

Mesmo considerando os 30 anos de atuação do SUS, como uma conquista importante da sociedade, ainda são visíveis as filas de espera para consultas e/ou cirurgias, o déficit de profissionais nos serviços de saúde e a falta de fornecimento de medicamentos gratuitos para a população. No atual governo brasileiro, sob a presidência de Bolsonaro⁶, vivencia-se um contexto de cortes de financiamento e mudanças nas políticas públicas. Na área da saúde, antes mesmo de sua posse, data de janeiro de 2019, Bolsonaro já tecia alterações no Programa Mais Médicos (PMM).

O PMM, implantado no governo Dilma⁷, consistia em um acordo com Cuba para o envio de médicos cubanos para o Brasil, com contratação imediata de profissionais para o atendimento radicado em municípios com grandes vulnerabilidades sociais, com o objetivo de viabilizar a almejada universalização do direito à saúde, melhorando o atendimento básico em saúde à população (GONÇALVES JUNIOR; GAVA; SILVA, 2017).

Em outubro de 2018, após eleito, Bolsonaro anunciou condições para continuar com o acordo, porém Cuba não aceitou e o PMM foi cancelado. Com isso, Bolsonaro anunciou a saída dos médicos cubanos e para suprir a carência de médicos, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Edital nº 18, de 19 de novembro de 2018, com “8.517 vagas para contratação de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil para atuação em 2.824 municípios e 34 DSEI [Distrito Sanitário Especial Indígena] que antes eram ocupadas por médicos cubanos” (NAPP, 2019, p. 5). Apesar do lançamento do Edital, não houve muitas inscrições. Em virtude disso, novas chamadas estão acontecendo durante o ano de 2019 para contratação de mais médicos para atender áreas socialmente vulneráveis. Vale registrar que, enquanto as vagas não são ocupadas, as referidas regiões permanecem sem médicos e atendimento adequado em saúde.

Diante disso, os (as) profissionais de Serviço Social materializam seu projeto ético-político somando-se a outros movimentos sociais e profissionais para que nenhum programa ou política pública seja retirada da população, de forma a prejudicar os (as) usuários (as) que dela dependem para ter seus direitos sociais garantidos. Nessa perspectiva, apresenta-se na próxima

em consequência do processo de *impeachment* promovido pelo Senado Federal. Concluído o processo, no dia 31 de agosto do mesmo ano, Temer assumiu o posto de forma definitiva.

⁶ Teve início no dia 1º de janeiro de 2019. O militar da reserva, Jair Bolsonaro (PSL) foi eleito o 38º presidente do Brasil no dia 28 de outubro de 2018, com 55,13% dos votos válidos no segundo turno das eleições presidenciais.

⁷ Teve início no dia 1º de janeiro de 2011, com Dilma Rousseff (PT), após ter derrotado o candidato José Serra (PSDB), nas eleições de 2010. A reeleição em 2014 lhe garantiu o direito a um segundo mandato presidencial em 1º de janeiro de 2015, e termina com seu *impeachment* em 31 de agosto de 2016.

seção, a discussão sobre o trabalho desenvolvido pelo (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde.

3 SERVIÇO SOCIAL E TRABALHO PROFISSIONAL NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE

Nesta seção realiza-se um breve resgate da trajetória do Serviço Social na área da saúde, bem como acerca da sua luta em prol das políticas públicas e o acesso universal à saúde. Também, apresentam-se os principais resultados encontrados na pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa sobre o trabalho do (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde.

3.1 PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E O DIREITO À SAÚDE

Conforme revisões bibliográficas já empreendidas por diversos autores (as) no âmbito da profissão, o Serviço Social surgiu no Brasil na década de 1930, ligado à igreja católica e pautado no assistencialismo, no contexto do capitalismo monopolista e emergência da questão social. Com o processo de industrialização e a mudança do sistema agrário-exportador para o urbano-industrial, um grande número de pessoas migram do campo para as cidades, em cujo contexto emergem inúmeros conflitos e problemas sociais aliados a problemas sanitários no país, resultando no acirramento da questão social.

Nesse contexto, emerge a necessidade de profissionais aptos a realizarem a leitura da realidade e dos modos de organização da vida em sociedade. Para tanto, o Serviço Social é demandado para atuar de forma a controlar os conflitos, ajudando o “necessitado”, o “deficiente” e o “desajustado” socialmente (OLIVEIRA; CHAVES, 2017).

A partir de década de 1940 a saúde passou a ser a área de maior absorção de Assistentes Sociais no Brasil. O agravamento das condições de saúde da população e o conceito de saúde, elaborado em 1948 pela OMS, que pautava aspectos biopsicossociais como seus determinantes, assim como elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa, contribuíram para esse processo.

O Serviço Social brasileiro teve influência norte-americana nos anos de 1940 a 1950 e começou a se desvincular da ação social católica, no entanto, permanece conservador e com base positivista, direcionando sua prática profissional baseada no ajustamento e na ajuda psicossocial. Em virtude disso, o (a) Assistente Social foi requisitado (a) para trabalhar no desenvolvimento de intervenções educativas no modo de vida dos (as) trabalhadores (as), além de trabalhar nos hospitais com o propósito de garantir o acesso aos serviços de saúde e benefícios da previdência, fazendo a mediação entre a instituição e a população. Assim, o (a)

Assistente Social consolidou “[...] uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’” (BRAVO; MATOS, 2016, p. 3). Em 1957, o Serviço Social é regulamentado como profissão pela primeira vez por meio da Lei nº 3.252.

Durante o governo Vargas⁸, havia uma nova proposta de um governo mais populista, em que a política brasileira abriu espaço para que o Serviço Social pudesse mudar seu perfil. Com isso:

Os assistentes sociais puderam iniciar uma mudança no modo de atuação, abandonando o modelo assistencialista, compreendendo melhor as expressões da questão social, deixando de atender as necessidades da burguesia para atender as necessidades da classe trabalhadora (DUARTE, 2015, p. 19).

Na década de 1960, em meio à ditadura militar brasileira, promoveu-se o denominado movimento de reconceituação ou processo de renovação profissional do Serviço Social, ancorado em três direções: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura (NETTO, 2005). No contexto de reconceituação profissional, o Serviço Social na área da saúde:

Esteve voltado predominantemente para a estratégia de modernização conservadora, com vinculação destacada na estrutura do complexo previdenciário de assistência médica. Nesta época o mercado de trabalho se ampliou em hospitais e ambulatórios e na previdência social, mas apenas na saúde individual e não na coletiva. A ação do Serviço Social na saúde continuou por todo período como sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares. O surgimento do Movimento Sanitário não teve repercussões nos assistentes sociais vinculados a área (KRÜGER, 2010, p. 126).

O movimento de reconceituação ou processo de renovação profissional do Serviço Social aconteceu no mesmo período que o Movimento de Reforma Sanitária, coincidindo com alguns assuntos debatidos, sendo eles: Estado, direitos sociais, prática institucional e políticas públicas.

O projeto ético-político da profissão foi construído durante o período de redemocratização do Brasil. O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), conhecido como o “Congresso da Virada” no ano de 1979, organizado na cidade de São Paulo, foi o momento onde os (as) Assistentes Sociais traçaram novos rumos para a profissão, sob uma

⁸ Conhecido como “Era Vargas”, o governo de Getúlio Vargas teve início em 1930 e terminou em 1945. Posteriormente, Vargas volta a presidir a República, governando o Brasil de 1951 a 1954.

nova forma de atuação, cuja direção era voltada para as lutas sociais da classe trabalhadora, expressando o compromisso da categoria com a construção de uma nova sociedade justa, democrática, a favor da equidade e garantidora da universalização do acesso a bens e serviços relativos às políticas, programas sociais, direitos civis, políticos e sociais (NETTO, 1999). O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, estando em constantes mudanças, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação (CFESS, 2010).

As lutas pela redemocratização visavam à defesa da classe trabalhadora através de uma nova Constituição Federal. Os (as) Assistentes Sociais contribuíram na construção dessa defesa, participando dos movimentos sociais, populares e sindicais. Como resultado do processo de renovação profissional, em 1980, há a intenção de ruptura com o conservadorismo no âmbito do Serviço Social para modernizar as práticas da profissão, criando uma nova identidade para o (a) Assistente Social com ações voltadas às demandas da classe trabalhadora, e também pelas novas propostas na saúde. Tal ruptura se deu por meio da aproximação com o marxismo.

Com um caráter mais preventivo, os (as) Assistentes Sociais da saúde ampliam sua atuação nos hospitais e ambulatórios, todavia ainda orientando-se em uma perspectiva de Serviço Social de caso, visando apenas o (a) usuário (a). O Serviço Social de caso utilizava uma abordagem individual, como instrumento para a identificação de situações sociais e de problemas comuns à população no contexto sócio-econômico-cultural e emocional (HERRERA, 1976).

Com as mudanças da sociedade, foi necessário fazer uma nova regulamentação para a profissão, instituindo-se então, a Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. Nesse mesmo ano, aprovou-se a nova edição do Código de Ética do (a) Assistente Social comprometido com a democracia e o acesso universal aos direitos sociais, políticos e civis, vigente até os dias atuais, delimitando os parâmetros para o exercício profissional, bem como os direitos e deveres profissionais. Nessa perspectiva, entende-se que a categoria profissional deve atuar em consonância com as diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), o seu Código de Ética e a Lei de Regulamentação da Profissão, pois são as bases para o projeto ético-político do Serviço Social.

As Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Serviço Social foram aprovadas pela categoria a partir do amplo debate no ano de 1996, orientando a profissão para um projeto de formação profissional hegemônico, baseado na perspectiva crítico-dialética, no entendimento de que a formação pode alavancar a profissão no compromisso com a classe

trabalhadora numa visão de formação profissional para além de mercado, mas para a vida social (MOREIRA; CAPUTI, 2016).

Ao falar das diretrizes curriculares é importante mencionar que elas asseguram a flexibilidade, descentralização e pluralidade no ensino em Serviço Social, acompanhando as profundas transformações da ciência e da tecnologia na contemporaneidade (ABEPSS, 1996). Sendo assim, a profissão é apresentada como “Analítica e interventiva, com uma série de atribuições e competências fundadas na garantia de direitos sociais e na construção de uma sociedade verdadeiramente democrática, sem preconceitos e iniquidades sociais” (LANZA; CAMPANUCCI; BALDOW, 2012, p. 216).

A partir da Resolução do CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) nº 383, de 29 de março de 1999, caracterizou o (a) Assistente Social como profissional da saúde, prestando serviços aos hospitais e unidades de saúde. Segundo a Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, em seu Art. 8º consta que o CFESS, na qualidade de órgão normativo de grau superior, compete o exercício das seguintes atribuições: I - orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício da profissão de Assistente Social, em conjunto com o CRESS; II - assessorar os CRESS sempre que se fizer necessário; III - aprovar os Regimentos Internos dos CRESS no fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS/CRESS; IV - aprovar o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais juntamente com os CRESS, no fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS/CRESS; V - funcionar como Tribunal Superior de Ética Profissional; VI - julgar, em última instância, os recursos contra as sanções impostas pelos CRESS; VII - estabelecer os sistemas de registro dos profissionais habilitados; VIII - prestar assessoria técnico-consultiva aos organismos públicos ou privados, em matéria de Serviço Social (BRASIL, 1993).

Com isso, “a saúde tem sido o maior empregador de assistentes sociais. Dos primórdios da profissão até o final dos anos de 1980, sua atuação neste campo se deu no âmbito curativo e por meio de abordagem individual” (KRÜGER, 2010, p. 126). Contudo, cabe observar que o (a) 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” (BRASIL, 1999, p. 2). Ao longo dos anos os (as) profissionais foram conquistando mais espaços de atuação na área da saúde, como por exemplo, as Secretarias de Saúde e os Conselhos de Saúde, municipais, estaduais e nacional.

Com a regulamentação do SUS, em 1990, houve mais inovações no âmbito da saúde. O próprio conceito de saúde ampliou e passou a considerar determinantes sociais conforme a

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 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” (BRASIL, 1990, art. 3º, p. 1). O Serviço Social na área da saúde trabalha em conjunto com uma equipe multiprofissional, formada por diferentes áreas de atuação, tais como: medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, etc. Mesmo realizando atividades em conjunto com outros (as) profissionais, os (as) Assistentes Sociais possuem uma visão diferente na observação e interpretação das demandas sociais para o encaminhamento das ações.

O Código de Ética do (a) Assistente Social indica que é dever profissional “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar” (CFESS, 1993, art. 10, p. 6). A prática interdisciplinar é quando as diferentes profissões contribuem com os conhecimentos da sua área de atuação e conseguem discutir entre si para chegar a um consenso sobre determinado assunto. Enquanto a equipe multiprofissional é uma forma de trabalho em equipe em um mesmo ambiente contendo outras profissões, não necessariamente articuladas entre si. Nesse sentido:

É vedado ao/à assistente social: a- intervir na prestação de serviços que estejam sendo efetuados por outro/a profissional, salvo a pedido desse/a profissional; em caso de urgência, seguido da imediata comunicação ao/à profissional; ou quando se tratar de trabalho multiprofissional e a intervenção fizer parte da metodologia adotada (CFESS, 1993, art. 11, p. 6).

O (a) Assistente Social é proibido (a) de interferir no trabalho que está sendo realizado por outro (a) profissional, a menos que a metodologia adotada por aquela instituição seja o trabalho em equipe multiprofissional. Esse trabalho em equipe visa proporcionar um melhor e mais completo serviço, visando à garantia de direitos e o bem-estar dos (as) usuários (as) com um atendimento humanizado. A Política Nacional de Humanização (PNH) criada em 2003, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (MS), é uma política pública no SUS para fortalecer ações de humanização no âmbito da atenção e da gestão da saúde no Brasil, visando “[...] pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar” (BRASIL, 2013, p. 03).

Na área da saúde, de acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (PAASS) de 2010, os (as) Assistentes Sociais, atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. No entanto, é “[...]”

importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade” (CFESS, 2010, p. 41).

O primeiro eixo, atendimento direto aos (às) usuários (as), acontece nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços de média e alta complexidade, por meio de ações socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas. O segundo eixo, mobilização, participação e controle social, envolve ações direcionadas à mobilização e participação social de usuários (as), familiares, trabalhadores (as) de saúde e movimentos sociais em defesa da garantia do direito à saúde, ocorrendo em espaços de controle social como conselhos e conferências, dentre outros. O eixo número três, investigação, planejamento e gestão, envolve ações para fortalecer uma gestão democrática e participativa, produzidas em equipe e intersetorialmente com o intuito de produzir propostas em favor dos (as) usuários (as) e trabalhadores (as) de saúde para a garantia dos direitos sociais. O último eixo, assessoria, qualificação e formação profissional, visa ao aprimoramento dos profissionais, com foco na qualidade dos serviços prestados aos (às) usuários (as) (CFESS, 2010).

Ao longo de sua trajetória e desde a sua inserção na área da saúde, a profissão vem se dedicando ao atendimento dos (as) usuários (as) e seus familiares de forma integral, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de média e alta complexidade (CFESS, 2010), analisando suas condições de vida, e orientando-os (as) com informações sobre o acesso aos seus direitos, e compreendendo que a saúde é perpassada por um conjunto de fatores. Portanto, trata-se de um grande desafio lutar pela efetivação dos direitos dos (as) usuários (as), “a fim de garantir os recursos financeiros, materiais e humanos necessários ao enfrentamento da doença” (XAVIER; LOPES, 2016, p. 136). Sendo assim, o Serviço Social na área da saúde tem como objetivo “compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p. 28).

O Serviço Social participa de forma significativa na área da saúde realizando diferentes práticas profissionais, dentre elas, intervenções, acompanhamentos, mediações entre a família e seus direitos sociais, e com outras instituições. Desde então, o trabalho profissional vem se tornando complexo, pois expressa os tipos de ações no âmbito das práticas sociais e estabelece uma relação construtiva com outras instituições ou espaços de diferentes representações. O trabalho dos (as) Assistentes Sociais na área da saúde exige um saber sobre a rede de serviços e sobre diferentes políticas sociais. Sua articulação se materializa com outras instituições e redes de serviços com o foco nas necessidades de saúde da população. Cabe destacar que,

As necessidades da saúde vão além das necessidades de serviços de saúde elas não se restringem a problemas de saúde, sejam doenças, riscos. Podem ser carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades. Podem ampliar-se, portanto, para o que é necessário para ter saúde, sejam os determinantes socioambientais e culturais, seja a idéia de projeto (de felicidade, qualidade de vida, gozo estético, filosofia etc.) (PAIM, 2006, p. 149 e 150).

Nos hospitais, a presença de Assistentes Sociais é imprescindível, visto que, o (a) profissional de Serviço Social tem contato direto com o (a) usuário e o seu (sua) acompanhante, pois utiliza de instrumentais para que se conheça a situação socioeconômica do (a) usuário (a), levando em consideração o arranjo familiar, a situação de trabalho, os acompanhamentos na rede de serviços, etc. A partir desses elementos é possível identificar as demandas dos (as) usuários (as) e avaliar a melhor forma de intervenção, por meio de orientações e encaminhamentos para a rede de serviços.

[...] A instrumentalidade no exercício profissional refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas, mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico [...] é por meio dessa instrumentalidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível de realidade social: no nível do cotidiano (GUERRA, 1995, p. 53).

É importante registrar no prontuário do (a) usuário (a) ou em algum outro documento de registro de acesso do (a) Assistente Social, cada ação, atendimento, encaminhamento e afins. Isto porque, quando futuramente o registro for acessado, além de resgatar a memória da totalidade do atendimento, o (a) Assistente Social poderá “refletir sobre a sua prática e encaminhar estratégias para alcançar novos objetivos” (HORN; SILVA, 2011, p. 139). Assim, os instrumentais são compreendidos como técnicas e elementos mediadores da ação profissional, que devem estar articulados de acordo com a intencionalidade do (a) Assistente Social. Na área da saúde, “o acolhimento, a escuta e o vínculo vêm sendo enfatizados como elementos que podem ser diferenciais na relação trabalhador/usuário” (CASTRO; OLIVEIRA, 2012, p. 193).

Nessa direção, para que o (a) Assistente Social realize uma atuação competente e crítica na área da saúde é preciso: a) estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; b) conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo

saúde-doença; c) facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais; d) buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; e) realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; f) tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; g) elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; h) efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais (CFESS, 2010). No entanto, para construir uma sociedade democrática e enfrentar os obstáculos impostos ao longo do caminho, a luta empreendida não deve restringir-se à categoria profissional (CFESS, 2010).

Por fim, o direito à saúde para toda a população garantido na Constituição Federal de 1988 é efetivado por meio das políticas públicas de saúde que são programas e ações elaborados pelo Estado, a fim de assegurar que os serviços de saúde sejam postos em prática. O trabalho do (a) Assistente Social deve visar ao cuidado da saúde da população, buscando a identificação dessas necessidades operacionalizando-as por meio de ações no âmbito individual e coletivo, sendo imprescindíveis para o fortalecimento do protagonismo dos sujeitos no processo saúde-doença (SILVA, 2015).

3.2 O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE

Iniciamos este item trazendo os resultados das referentes produções teóricas analisadas, baseado em uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa, fundamentado na teoria social crítica e no método dialético e suas categorias: historicidade, totalidade e contradição, que teve como ponto de partida a delimitação do tema “*O trabalho do (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde*”. A escolha do tema é produto da experiência dos Estágios Supervisionados em Serviço Social Obrigatórios I, II e III, bem como a aproximação com Assistentes Sociais da alta complexidade em saúde, realizados no segundo semestre de 2017 e durante o ano de 2018, pelo Curso de Graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social (DSS) do Centro Socioeconômico (CSE), junto ao Hospital

Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, pertencentes à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Após delimitar o tema da pesquisa, o próximo passo foi a formulação do problema de pesquisa. Segundo Gil (2002), a maneira mais fácil e direta de formular um problema de pesquisa é através de uma pergunta. Para tal, em sua formulação foram utilizadas três questões norteadoras: “1) *Quais as demandas apresentadas ao/à Assistente Social na alta complexidade em saúde?* 2) *Quais as ações desenvolvidas pelo (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde?* 3) *Quais as contribuições do Serviço Social para a alta complexidade em saúde?* que por sua vez, resultaram no problema de pesquisa: “Como se desenvolve o trabalho do (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde? ”.

Para responder a esse problema da pesquisa e “aumentar os conhecimentos sobre o tema delimitado é necessário definirem-se os objetivos” (CAMARGO, 2014, p. 84). Nesse sentido, o intuito do objetivo geral consiste em “explicitar como se desenvolve o trabalho do (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde”, enquanto os objetivos específicos englobam: “*Conhecer as demandas apresentadas ao (à) Assistente Social na alta complexidade em saúde*”; “*Delimitar as principais ações desenvolvidas pelo (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde*”; e “*Especificar as contribuições do Serviço Social para a alta complexidade em saúde*”.

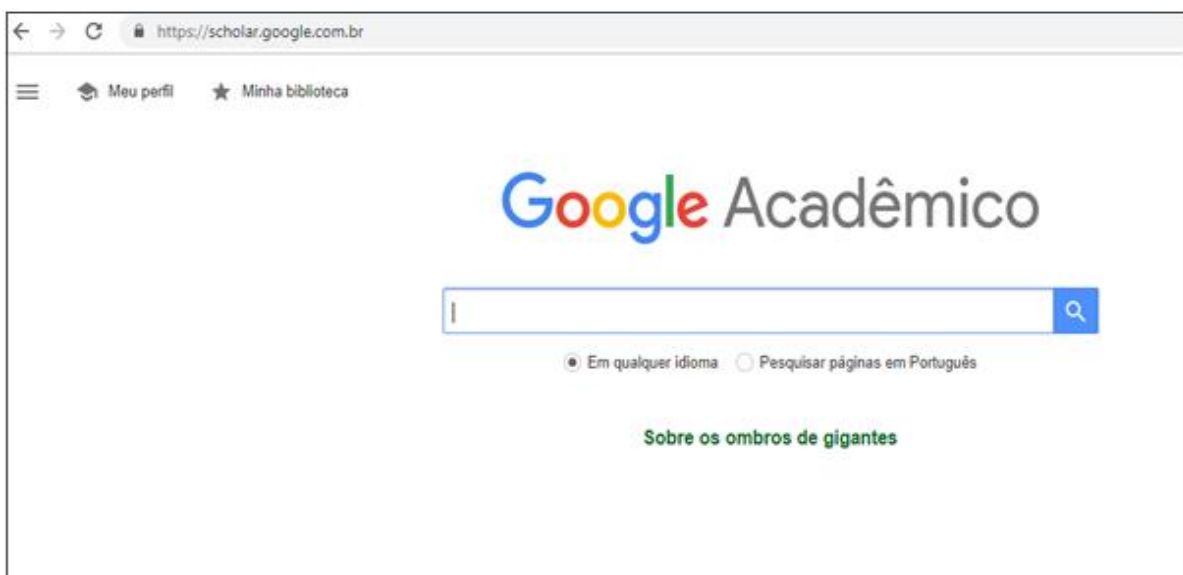
A pesquisa bibliográfica envolve o conteúdo que já foi tornado público, com a finalidade de colocar o pesquisador em contato direto com o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto (MARCONI; LAKATOS, 2003). A abordagem qualitativa possibilita o “contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo” (GODOY, 1995, p. 58), além de abranger a totalidade do problema que está sendo investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2002). Já a teoria social crítica e o método dialético possibilitam “[...] o equilíbrio entre condições subjetivas e objetivas dos fenômenos sociais contextualizados” (PRATES, 2004, p. 1).

O recorte histórico da pesquisa foi livre, não referindo-se à data ou a período previamente estipulados, considerando-se como material de pesquisa as produções teóricas localizadas em duas fontes secundárias de coleta de dados, quais sejam: o Google Acadêmico e o banco de dados da Scientific Electronic Library Online (Scielo) acerca do tema delimitado. Para a localização das produções teóricas, foram utilizadas duas expressões de pesquisa relacionadas ao tema delimitado, sendo elas: “Serviço Social no hospital” e “Serviço Social e alta complexidade”. Optou-se por essas fontes secundárias de coleta de dados, uma vez que, a

SciELO trata-se de uma base de dados mais voltada para a área da saúde e o Google Acadêmico é um meio eletrônico procurado por estudantes para a localização de referências.

Alguns critérios foram estabelecidos para a busca das produções teóricas, sendo eles: a) referências em português disponíveis no banco de dados das respectivas fontes secundárias; b) produções teóricas disponíveis até a página 15 de cada uma das plataformas; e c) abordagem da temática do trabalho do (a) Assistente Social em âmbito hospitalar. Para localizar as produções teóricas no Google Acadêmico, digitou-se primeiramente a expressão: “Serviço Social no hospital”. A seguir clicou-se no botão “Enter” do teclado. A tela inicial de acesso do Google Acadêmico encontra-se disponível na Figura 1.

Figura 1 – Página inicial de acesso do Google Acadêmico



Fonte: Autora (2019).

Na página gerada, surgiram aproximadamente 121.000 resultados. Foram encontradas 150 produções teóricas até a página 15, sendo selecionados 10 delas para a pesquisa, por tratarem sobre o tema delimitado. As outras 140 foram excluídas por não abordarem o tema delimitado para a pesquisa, relacionando-se com o projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária; satisfação dos usuários em hospitais universitários; estrutura organizacional dos hospitais; atividades desenvolvidas por outras categorias profissionais; perfis de internações de pessoas idosas em hospitais públicos; acidentes de trabalho atendidos no serviço de emergência; desafios do Serviço Social na atualidade em Portugal; atuação do Serviço Social na atenção primária.

Para uma nova busca no Google Acadêmico, digitou-se a expressão: “Serviço Social e alta complexidade” e clicou-se no botão “Enter” do teclado. Na página gerada, surgiram

aproximadamente 113.000 resultados. Foram encontradas 150 produções teóricas até a página 15, sendo selecionada apenas uma para a pesquisa. As outras 149 foram excluídas por não fazerem parte do tema de pesquisa e estarem relacionadas, em sua maioria, com a assistência social, mas também com acessos a procedimentos de média e alta complexidade; famílias e o trabalho social com intervenções em âmbito do Serviço Social; modelo de proteção social; perfis de pacientes com deficiência auditiva atendidos na de alta complexidade; serviços sociais e a responsabilização das famílias.

Para localizar os artigos disponíveis no banco de dados da Scielo, digitou-se a expressão: “Serviço Social e hospital” e clicou-se no botão “Enter” do teclado. A tela inicial de acesso da plataforma Scielo encontra-se disponível na Figura 2.

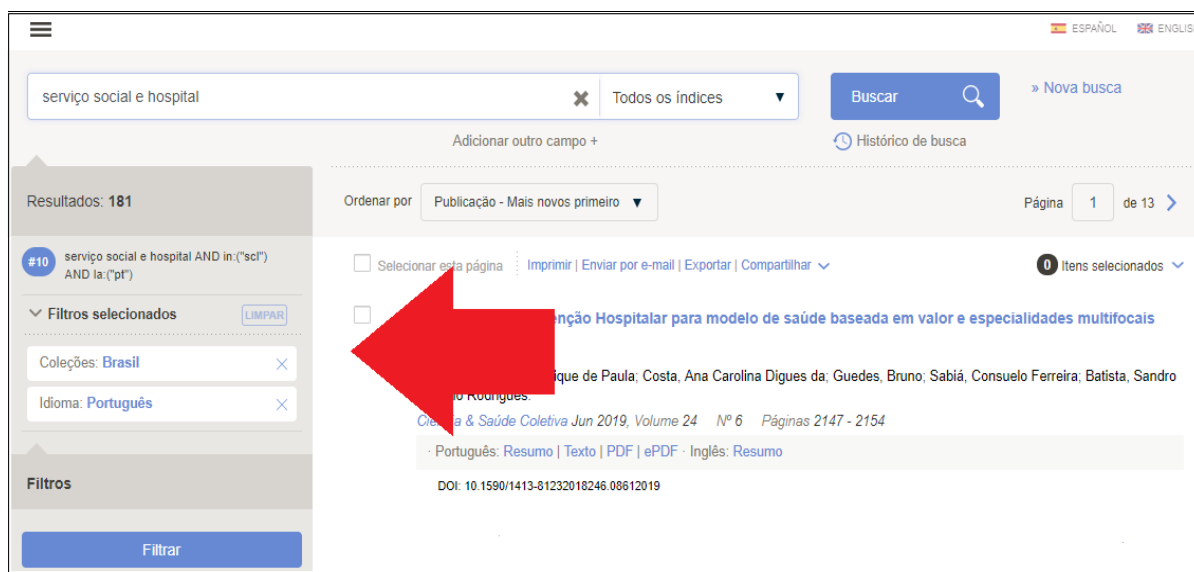
Figura 2 – Página inicial de acesso da plataforma Scielo



Fonte: Autora (2019).

Na página gerada, alguns filtros foram adicionados, sendo eles: “Coleções: Brasil”; “Idioma: Português”; “Área temática: Serviço Social”, conforme informações constantes na Figura 3, surgindo três resultados até a página final de número 1, dos quais selecionou-se um artigo que se referia ao tema delimitado para a pesquisa. Os outros 2 foram excluídos por não fazerem referência à temática e estarem relacionados com o modelo de gestão das Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares (EBSERH) e à Política Nacional de Humanização (PNH) no Serviço Social com gestão de pessoas.

Figura 3 – Filtros adicionados na busca junto à plataforma Scielo



Fonte: Autora (2019).

Para uma nova busca na plataforma Scielo, digitou-se a expressão: “Serviço Social e alta complexidade” e clicou-se no botão “Enter” do teclado. Na página gerada, foi selecionado o filtro: “Idioma: Português”, surgindo cinco resultados até a página final de número 1. Nenhum destes artigos foi selecionado para a pesquisa, pois não tratavam sobre o tema delimitado, relacionando-se com atendimentos pré-hospitalares aos idosos; cuidados na atenção à saúde auditiva e o acesso à reabilitação; próteses auditivas fornecidas pelo SUS e a qualidade de vida.

Em virtude da não localização de artigos sobre o tema delimitado para a pesquisa, procedeu-se uma nova busca com uma terceira expressão: “Serviço Social na saúde”. Na página gerada, alguns filtros foram adicionados, sendo eles: “Coleções: Brasil”; “Idioma: Português”; “Área temática: Serviço Social”, surgindo 37 resultados até a página final de número 3. Destes, foram selecionados dois artigos. Os outros 35 foram excluídos por não fazerem parte da temática e estarem relacionados com o Serviço Social nas Organizações Não Governamentais (ONGs) direcionadas para a saúde; política de saúde e planejamento da alta do Serviço Social em Portugal; desafios do controle social na atualidade; Serviço Social e área de gestão de pessoas; Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde.

Considerando as produções teóricas localizadas em ambas as fontes secundárias de coleta de dados pesquisadas, no Quadro 1 constam o universo e a amostra da pesquisa.

Quadro 1 – Universo e amostra da pesquisa

FONTES SECUNDÁRIAS DE COLETA DE DADOS	PUBLICAÇÕES ENCONTRADAS	PUBLICAÇÕES SELECIONADAS
Google Acadêmico	300	11
Scielo	45	03
TOTAL	345	14

Fonte: Autora (2019).

Os dados qualitativos encontrados nas fontes de coleta secundária foram agrupados e submetidos à análise de conteúdo temática. Conforme Bardin (2011, p. 222), a análise temática “recorta o conjunto das entrevistas por meio de uma grade de categorias projetada sobre os conteúdos”. Dessa forma, “não se têm em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados dados segmentáveis e comparáveis” (BARDIN, 2011, p. 222).

Os resultados encontrados no Google Acadêmico totalizaram 11 produções teóricas. Destas, duas produções teóricas destacaram como demandas apresentadas ao/à Assistente Social na alta complexidade em saúde o acesso a medicamentos, o acesso a benefícios da previdência social, a localização de familiares e o fornecimento de cestas básicas. Uma produção teórica trouxe como demandas os pareceres médicos, o acesso a consultas médicas e os transportes para locomoção em caso de alta médica. Uma outra produção teórica indicou que as demandas consistem no Tratamento Fora do Domicílio (TFD), mandado de segurança e acesso ao passe livre. Uma outra produção teórica não abordava as demandas. As outras seis produções teóricas citaram a resolutividade das demandas, sem, entretanto, explicitá-las.

Em suma, na realidade dos serviços de saúde, especialmente nos hospitais, todo e qualquer problema que envolva dificuldade de deslocamento, de acesso a medicamentos, exames, alimentos, documentos etc., é encaminhado ao assistente social (COSTA, 2000, p. 34).

Das 11 produções teóricas localizadas no Google Acadêmico, em três delas constavam como principais ações desenvolvidas pelo (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde as ações socioassistenciais com os (as) usuários (as), especialmente com as famílias, baseadas no projeto ético político. Duas produções teóricas indicaram a orientação de usuários (as) e familiares quanto às normas do hospital, a informação do (a) usuário (a) acerca da dinâmica hospitalar, as normas de funcionamento, os termos de responsabilidade, etc., além de orientação

sobre as diferentes políticas. Duas produções teóricas referiram que o Serviço Social é responsável por todos os doentes internados, dedicando-se ao acolhimento, acompanhamento e apoio psicossocial em todas as situações no internamento, fazendo a mediação entre instituição/usuário(a)/família. Uma produção teórica destacou a realização de estudo de caso com a equipe multiprofissional, o encaminhamento de laudos técnicos aos órgãos competentes, quando necessário e a realização de visitas domiciliares. Outras duas produções teóricas referiram que o (a) Assistente Social realiza o acolhimento para a identificação das condições socioeconômicas, familiares e sanitárias do (a) usuário (a) para a efetivação das intervenções. Na outra produção teórica constava a orientação sobre serviços da previdência, da saúde, da área trabalhista, da área jurídica, além de fazer encaminhamentos para outras instituições, bem como aconselhamento sobre a importância do tratamento da doença.

O Assistente Social é um dos profissionais de saúde que ao realizar o acolhimento demonstra ter uma leitura social diferenciada dos demais profissionais. Realiza-a pautada na percepção do indivíduo enquanto cidadão, sujeito de direitos e envolto por uma rede de relações sociais e institucionais e não somente observando os aspectos clínicos ou do processo saúde e doença, mas considerando seus direitos enquanto usuário do Sistema Único de Saúde (CHUPEL, 2005, p .68).

Das 11 produções teóricas localizadas no Google Acadêmico, cinco delas destacaram como contribuições do Serviço Social para a alta complexidade em saúde o compromisso profissional com a qualidade dos serviços, a garantia de acesso, a democratização dos serviços e a ampliação dos espaços públicos. Duas produções teóricas referiram que o Serviço Social facilita ou ameniza o processo de internação, pois viabiliza o acesso dos (as) usuários (as) a procedimentos e serviços na instituição hospitalar. Uma produção teórica indicou que por meio da escuta qualificada efetivada pelo (a) Assistente Social se faz possível contribuir nos anseios e angústias dos (as) usuários (as). Duas produções teóricas mencionaram que Serviço Social faz a diferença, pois dá visibilidade não somente para a doença, mas também para os (as) usuários (as) enquanto cidadãos com direitos e deveres. Uma produção teórica evidenciou que o Serviço Social é importante, pois atende aos interesses dos (a) usuários (as), atuando nas suas necessidades e de sua família. Para Witik (2003, p. 22), o Serviço Social preocupa-se com “[...] dar resposta a demanda, em viabilizar o acesso da população ao atendimento, buscando, assim, minimizar as deficiências do Sistema”.

Os resultados encontrados na plataforma Scielo totalizaram três produções teóricas. Considerando a análise de conteúdo temática das produções teóricas selecionadas, nenhuma

delas mencionou as demandas apresentadas ao (à) Assistente Social na alta complexidade em saúde. Quanto às principais ações desenvolvidas pelo (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde, das três produções teóricas encontradas, uma referia tratar-se da identificação, do planejamento e do desenvolvimento de ações que interfiram no processo social do (a) usuário (a) durante a internação. Uma produção teórica indicou que as ações profissionais englobam acolhimentos com usuários (as). A outra produção teórica não mencionou as ações desenvolvidas pelo (a) Assistente Social, mas fez referência que estes profissionais possuem a escuta qualificada no atendimento.

Das três produções teóricas localizadas na Scielo, duas destacaram como contribuições do Serviço Social a compreensão da realidade cotidiana dos serviços e das políticas sociais de saúde nas quais os (as) usuários (as) enfrentam, buscando contribuir para a efetivação do acesso aos seus direitos. Uma produção teórica evidencia que o Serviço Social reconhece os (as) usuários (as) como sujeitos de direitos, pautando-se na humanização e no respeito à vida. De acordo com Martinelli (2001, p. 500) “como área de conhecimento e de intervenção na realidade humano social, o Serviço Social deve mobilizar-se, cada vez mais intensamente, na perspectiva da assistência integral à saúde da população atendida”.

De modo geral, juntando-se a totalidade das 14 produções teóricas sobre o trabalho do (a) Assistente Social na alta complexidade em saúde selecionadas nas fontes secundárias de coleta de dados da pesquisa caracterizadas pelo Google Acadêmico e a plataforma Scielo, observou-se que existe uma diversidade de demandas na qual o (a) Assistente Social lida no seu cotidiano profissional, tendo em comum, o compromisso do Serviço Social com a busca pela qualidade e universalidade dos serviços de saúde, bem como a garantia de acesso à saúde por meio da ampliação dos espaços públicos.

Nessa perspectiva, identificou-se também o direcionamento do trabalho do (a) Assistente Social calcado nos princípios do projeto ético-político profissional, bem como dos princípios inspiradores do Movimento de Reforma Sanitária. No Quadro 2, abaixo, encontra-se a lista das produções teóricas localizadas em ambas as fontes secundárias de coleta de dados, bem como seus/suas respectivos (as) autores (as) e ano de publicação.

Quadro 2 – Lista de produções teóricas utilizadas na pesquisa, por título, autores (as) e ano

FONTES SECUNDÁRIAS	TÍTULO DA PUBLICAÇÃO	AUTORES (AS)	ANO
GOOGLE ACADÊMICO	Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica.	Maria Lúcia Martinelli	2003
	Reflexões sobre a profissão do serviço social em contexto hospitalar.	Maria Irene Lopes B. de Carvalho	2003
	Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis.	Cláudia Priscila Chupel	2008
	O Serviço Social e a exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/AIDS: demandas e desafios nos hospitais públicos.	Regina Maria dos Santos	2005
	O acolhimento em saúde para os profissionais do Serviço Social: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos sócio-assistenciais.	Claudia Priscila Chupel	2005
	Reflexões sobre o processo de trabalho na saúde e suas implicações no cotidiano profissional do serviço social, na realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora.	Anna Cláudia Rodrigues Alves	2004
	Serviço Social Hospitalar: o processo de trabalho do Assistente Social.	Ilda Lopes Witiuk	2003
	Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde - concepções e práticas: estudo de caso em um Hospital Universitário, João Pessoa/PB.	Ana Paula Rocha de Sales Miranda	2011
	Estratégias do Serviço Social para atenuar o sofrimento e tornar a ajuda ao paciente mais humana.	Magda S. da Silva Ferreira Laura dos Santos Lunardi	2007
	Análise da prática profissional do trabalho do Serviço Social na pediatria do hospital universitário.	Karolina de Souza	2003
	O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais.	Maria Dalva Horácio da Costa	2000
SCIELO	Pós-graduação e Residência Multiprofissional em Saúde HC-UFG: a produção do Serviço Social.	Denise Carmen Andrade Neves Carla Ágda Gonçalves Tereza Cristina Pires Favaro	2017
	As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional.	Líria Maria Bettiol Lanza Fabrício da Silva Campanucci Letícia Orlandi Baldow	2012
	O trabalho do Assistente Social em contextos hospitalares: desafios cotidianos.	Maria Lúcia Martinelli	2011

Fonte: Autora (2019).

Pode-se concluir que, as demandas apresentadas no cotidiano profissional do (a) Assistente Social surgem desde o fornecimento de cestas básicas, até a o acesso a medicamentos e os trâmites necessários para poder acessá-los. Portanto, cabe ao/à Assistente Social no desenvolvimento de suas ações profissionais: realizar o acolhimento, prestar apoio e acompanhamento nas situações que envolvem a internação do (a) usuário (a) e sua família, mediação a relação equipe multiprofissional/instituição/usuário (a)/família.

Cabe ao Serviço Social articulado com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuir no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional (CFESS, 2010, p. 29).

Por fim, ratifica-se que o Serviço Social reconhece os (as) usuários (as) como sujeitos de direitos, compreendendo como é a realidade dos serviços e das políticas sociais, para além da própria política de saúde. Em virtude disso, suas atribuições estão voltadas para a efetivação dos direitos sociais, inserindo-se “em espaços tradicionais das políticas públicas, vinculados à prestação direta de serviços à população” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 63).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo explicitar o trabalho do (a) assistente social na alta complexidade em saúde, ratificando sua importância na equipe multiprofissional em âmbito hospitalar. No decorrer desse processo, fortaleceu-se a necessidade de contextualizar e compreender historicamente a política de saúde no País, principalmente o caminho de lutas que culminou na consolidação do SUS, bem como seus níveis de atenção, privilegiando a discussão acerca do nível terciário ou de alta complexidade em saúde. É importante destacar também que o presente trabalho trouxe à tona as contribuições do Serviço Social na área da saúde, em consonância com o projeto ético-político que norteia a profissão, especialmente no que tange ao trabalho desenvolvido na alta complexidade em saúde.

No atual contexto, a efetivação do acesso universal à saúde, como previsto na Constituição Federal de 1988, encontra-se mais uma vez ameaçada pelo avanço significativo do conservadorismo no Brasil. Nesse sentido, é importante situar o (a) Assistente Social na condição de trabalhador (a) assalariado (a), afetado (a) também por esse vertiginoso avanço. Destacam-se aqui a precarização das condições de trabalho, ameaça à democracia e inúmeras investidas contra as conquistas consolidadas pela classe trabalhadora ao longo do processo histórico.

Quanto à pesquisa bibliográfica empreendida, destacou-se a carência de produções teóricas sobre a delimitação temática, demonstrando a necessidade de estudos e pesquisas sobre o trabalho do (a) Assistente Social no contexto hospitalar. No entanto, a partir da análise das produções teóricas encontradas, os objetivos previstos na pesquisa foram alcançados. Também, pode-se inferir que o Serviço Social desenvolve seu trabalho a partir da materialização de ações profissionais socialmente necessárias no âmbito hospitalar, acolhendo demandas diversas relacionadas ao processo saúde-doença dos (as) usuários (as) e suas famílias.

Nessa perspectiva, o Serviço Social articula o contato com diversos serviços de saúde e da rede de atenção socioassistencial, para que na maioria das vezes, a demanda do (a) usuário (a) e sua família seja sanada. Cabe destacar que, as políticas públicas nem sempre são efetivadas pelo Estado, por vezes faltam recursos públicos e recursos humanos, pois a burocratização para ter acesso aos serviços é outro fator que contribui para o não acesso aos direitos dos usuários (SIQUEIRA, 2017).

Frente aos desafios contemporâneos faz-se necessário ter “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 1993, p. 03). Entretanto, é importante

reconhecer que o (a) Assistente Social enfrenta limites e desafios em seu trabalho profissional e que nem sempre conseguirá sanar todas as demandas dos (as) usuários (as) e suas famílias, por não dispor dos meios necessários para fazê-lo. No entanto, é preciso ter clareza das atribuições e competências profissionais e dos princípios que balizam o projeto ético-político profissional. De acordo com CFESS (2010), pode-se afirmar que as atribuições e competências profissionais do Serviço Social, dizem respeito àquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão.

Para concluir, tendo em vista o déficit de produções teóricas encontradas sobre o tema delimitado para a pesquisa e o interesse no aprofundamento da temática, registra-se o interesse em dar sequência aos estudos para que, de alguma forma, seja possível contribuir com resultados voltados à formação e ao exercício profissional em Serviço Social.

REFERÊNCIAS

- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social:** com base no currículo mínimo aprovado em assembléia geral extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.
- ALVES, Ângelo Santos. **A descentralização do Sistema Único de Saúde em Salvador-Ba.** 2009. 73 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Econômicas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- ASSUMPTÃO, Patrícia Freitas Schemes. **A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social.** 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 25, n. 1, p.9-18, 2016.
- BATTINI, Odária. Apontamentos sobre a História do Serviço Social no Brasil – 80 anos. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 19, n. 1, p.155-170, dez. 2016. Universidade Estadual de Londrina.
- BERENGER, Mercêdes Moreira. Descentralização ou Desconcentração: AIS - SUDS - SUS. 79 f. Dissertação (Mestrado) - Administração Pública, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1996.
- BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. **O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: quem paga a conta?** São Paulo: Cortez, 2006.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília, 2015.
- BRASIL. **Decreto nº 94.657**, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 1987.
- BRASIL. **Lei nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº. 8.662**, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Resolução CFESS nº 383**, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 1999.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária**: elementos para o debate. Coletânea de textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Florianópolis, p. 1-22, 2006.

CAMARGO, Marisa. **Configurações do trabalho do assistente social na Atenção Primária em Saúde (APS) no Século XXI**: um estudo da produção teórica do Serviço Social. 2014. 160 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2014.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, abr. 2017.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e; OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de. Serviço Social e Saúde: os instrumentos e técnicas em questão. **Rev. Intervenção Social**, Lisboa, v. 39, p.187-202, 2012.

CFESS. Código de ética profissional dos assistentes sociais. Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 1993.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

CHUPEL, Cláudia Priscila. Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis. 2008. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

CIELO, Ivanete Daga; SCHMIDT, Carla Maria; WENNINGKAMP, Keila Raquel. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná. **Rev. Desenvolvimento Regional em Debate**, Canoinhas, v. 5, n. 1, p.211-230, jun. 2015.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. **Revista de Cultura e Política**, São Paulo, v. 19, p. 123-140, nov. 1989.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 62, mar. 2000.

COSTA, Veridiana Alves de Sousa Ferreira; SILVA, Sandra Cibelly Ferreira Da; LIMA, Vívian Caroline Pimentel De. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 02, 2010, p.282-298.

DUARTE, Elidaiane Vieira. **Serviço Social e SUS em tempos de neoliberalismo: tendências contemporâneas das políticas sociais e do exercício profissional**. 2015. 65 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2015.

SCOREL, Sarah., NASCIMENTO, Dilene Raimundo do., e EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In. LIMA, N. T. et. al. (Orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-81.

FERREIRA, Magda Suzana da Silva; LUNARDI, Laura dos Santos. Estratégias do Serviço Social para atenuar o sofrimento e tornar a ajuda ao paciente mais humana. **Revista Bioética**, v. 14, n. 1, p. 61-67, set. 2006.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.743-752, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.57-63, abr. 1995.

GOMES, Maria de Fátima Cabral Marques. Trajetória histórica do serviço social e políticas urbanas- retorno à práticas de apoio à remoção de moradores de favelas?. **XXVIII Simpósio Nacional de História**. Florianópolis, 2015.

GONÇALVES JUNIOR, Oswaldo; GAVA, Gustavo Bonin; SILVA, Murilo Santos da. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p.872-887, dez. 2017.

GUERRA, Yolanda et al. O debate contemporâneo da “questão social”. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís – MA, p. 1-09, ago. 2007.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, p.53-63, 1995.

HAAS, Daniela. **A evolução da assistência a saúde pública no Brasil e a interação da fisioterapia no contexto atual**. 2003. 51 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2003.

HERRERA, Nereide Amadeo. Serviço social: objetivos, funções e atividades em uma unidade sanitária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 10, p. 209-216, 1976.

HORN, Cláudia Inês; SILVA, Jacqueline Silva da. Experiência e documentação: é possível articular estes conceitos? **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v.19, n2, p. 136-145, dez. 2011.

HOCHMAN, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.375-386, fev. 2011.

KAZLOWSKI, Sidonia Zapelini. **Como a família se organiza no processo de recuperação da saúde: o papel dos acompanhantes**. 2008. 97 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço social e Saúde: Espaços de atuação a partir do SUS. **Serv. Soc. Soc.**, Unicamp Campinas, v. 9, n. 10, p. 123-145, dez. 2010.

LANZA, Líria Maria Bettiol; CAMPANUCCI, Fabrício da Silva; BALDOW, Letícia Orlandi. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. **R. Katál**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 212-220, dez. 2012.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.197-203, fev. 2004.

LIMA, Luciana Dias de; CARVALHO, Marília Sá; COELI, Cláudia Medina. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 1-2, 2018.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p.519-528, abr. 2011.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação dos dados. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002. 282 p.

MARINHO, Alexandre. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2299-2239, out. 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do Assistente Social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, set. 2011.

MELLO, Carlos Gentile; CARRARA, Douglas. Saúde oficial, medicina popular. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982. 115 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, fev. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio. **Pesquisa social e teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIOTO, Regina Celia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. spe., p. 61-71, 2013.

MOREIRA, Tales Willyan Fornazier; CAPUTI, Lesliane. As Diretrizes Curriculares da ABEPSS e os valores éticos e políticos para a formação profissional em Serviço Social. **Temporalis**, Brasília, v. 32, n. 16, p. 97-121, dez. 2016.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas (NAPP) – Saúde. **Balanco dos 100 dias da saúde no governo Bolsonaro**. p. 1- 13, abr. 2019.

OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 128, p. 143-163, abr. 2017.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: Percepção da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p.238-244, mar. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador-BA: Edufba, 2006. 154 p.

PAIM, Jairnilson Silva. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Salvador, BA. Séries: Saúde no Brasil. p. 11-31, 2011.

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

PEITER, Caroline Cechinel et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 1-10, jan. 2019.

PEREIRA, Juarez de Souza; MACHADO, Wiliam César Alves. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016.

POERSCH, Lisiane Gregis; ROCHA, Cristianne Maria Famer. A inovação da saúde coletiva na atenção terciária: um relato de experiência. Porto Alegre, p. 3-18, 2005.

PORTO, Mayla Yara. Uma revolta popular contra a vacinação. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 1, n. 55, 2003.

PRATES, Jane Cruz. O Planejamento da Pesquisa Social. **Temporalis**, n. 7, Porto Alegre, ABEPSS, 2004.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p.155-170, set. 2017.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, June. 2000.

SIQUEIRA. Daiana Alves. Roteiro disciplina supervisão acadêmica de estágio obrigatório I. Florianópolis. UFSC. 11 de setembro de 2017. Conversa com estagiária Paloma B. da Silva.

SILVA, Alaide Maria Morita Fernandes da. O trabalho do assistente social no contexto do SUS: um olhar na perspectiva do cuidado em saúde. **I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos**. Londrina, p. 1-11, jun. 2015.

SILVA, Aline Oliveira Campos da. **A atuação do Serviço Social na política de Saúde Mental: Um estudo a partir da inserção no Núcleo de Saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub - Macaé-RJ**. 2009. 85 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2009.

SILVA, Heliana Marinho da. **A Política Pública de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS**. 1996. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração Pública, Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. A Origem e Evolução Histórica no Brasil. In: SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Previdência Social - um direito conquistado**. 2. ed. São Paulo, 1997. Cap. 2.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, Jan/Mar. 2016.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

SORATTO, Jacks et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p.584-592, jun. 2015.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/73, p. 149-160, dez. 2006.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: SOLLA, Jorge Pereira; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006. p. 19-58.

VEIGA, Anna Dágila Souza. **A política de recursos humanos no sistema único de saúde: uma revisão de literatura**. 2006. 47 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

XAVIER, Patrícia Regina Hella; LOPES, Stella Maris Brum. As práticas do Assistente Social e sua articulação com a Equipe de Saúde de um Hospital de Curitiba. **Serv. Soc. Rev. Londrina**, v. 18, n. 2, p. 132-150, jun. 2016.

WITIUK, Ilda Lopes. Serviço Social Hospitalar: processo de trabalho do Assistente Social. **Rev. Intervenção Social**, n. 28, p. 19-28, dez. 2003.

YAMAUTI, Sueli Miyuki; BARBERATO-FILHO, Silvio; LOPES, Luciane Cruz. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1648-1662, Aug. 2015.