

**CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL - UNINTER
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**LUDMILA GONÇALVES REIS
RU 1749301**

**SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: ATUAÇÃO PROFISSIONAL QUE
PROPORCIONA UMA ALTA HOSPITALAR SEGURA**

BELO HORIZONTE – MG

2024

LUDMILA GONÇALVES REIS

**SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: ATUAÇÃO PROFISSIONAL QUE
PROPORCIONA UMA ALTA HOSPITALAR SEGURA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, apresentado à disciplina e Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso - OTCC, do curso de Bacharelado em Serviço Social do Centro Universitário Internacional UNINTER, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Prof. Silvane Maria Correa

BELO HORIZONTE – MG

2024

LUDMILA GONÇALVES REIS – RU 1749301

**SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: ATUAÇÃO PROFISSIONAL QUE
PROPORCIONA UMA ALTA HOSPITALAR SEGURA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, apresentado à disciplina de Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso – OTCC Monografia, do curso de Bacharelado em Serviço Social do Centro Universitário Internacional UNINTER / Curitiba-PR, como requisito final para a obtenção do título de Bacharel.

Aprovado em: 03 de Junho de 2024.

Dedico este trabalho ao meu companheiro
Thales, e aos meus filhos João Gustavo e
Ana Clara, que sempre me incentivaram e
me apoiaram para transformar os meus
sonhos em realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao universo por toda saúde e disposição adquirida para ultrapassar todas as adversidades necessárias para alcançar o objetivo da formação acadêmica. A minha trajetória que me conduziram a este caminho, cada dificuldade e aprendizado que me tornaram mais forte e determinada.

Agradeço ao meu companheiro que sempre priorizou meus estudos, e cuidou de nossos filhos para que esse momento fosse possível. Aos meus familiares que me incentivaram a me levantar e seguir em frente em meio a todas as adversidades.

Agradeço aos professores do Centro Universitário Internacional, UNINTER, que tornaram possível o meu desenvolvimento, e em especial a minha supervisora acadêmica, por todo apoio e aprendizado.

Agradeço ao campo de estágio, em especial a minha supervisora de campo, pela oportunidade de adquirir conhecimento e praticá-lo.

“Sem ter a pretensão de finalizar esta discussão, propomos que saúde é um conceito em construção, em movimento, dependendo de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos.”
(BRASIL, 2002. p.12)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as atribuições da e do assistente social na política de saúde e as competências delegadas frente às demandas das expressões da questão social, em específico nos equipamentos hospitalares para se garantir uma alta hospitalar segura. Compreende utilizar-se a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica embasada na Teoria Social e Crítica Marxista, a partir da coleta dos dados qualitativos que compõem a observação direta, a observação do participante, a história oral e a análise de documentos, tendo como sujeito da pesquisa a assistente social do Hospital Belo Horizonte. Nesse sentido, busca destacar a intervenção do assistente social no processo de alta hospitalar enfatizando a relevância de considerar o contexto sociofamiliar e econômico do usuário, fator que pode intervir no processo de recuperação da saúde. A partir da análise de conteúdo, essa pesquisa nos revela que é importante o reconhecimento da atuação da e do assistente social no equipamento hospitalar, pelos usuários e pela equipe multidisciplinar uma vez que esta pode influenciar no processo saúde/doença. Por esta razão, a alta médica deve estar condicionada a alta social para garantir uma alta hospitalar segura. Retrata a história da política de saúde no Brasil para compreender suas atuais concepções, analisa os conceitos de vulnerabilidade social e desigualdade social e suas implicações na saúde. Contempla a atuação profissional do assistente social e suas atividades designadas na instituição Hospital Belo Horizonte, referindo-se ao estudo de caso para reafirmar sua imprescindibilidade.

Palavras-chave: Política de Saúde. Vulnerabilidade social. Assistente Social.

ABSTRACT

This work aims to analyze the responsibilities of the social worker in health and the delegated competencies in the face of the demands of the expressions of the social issue, specifically in hospital equipment to guarantee a safe hospital discharge. It involves using documentary research and bibliographical research based on Marxist Social and Critical Theory, based on the collection of qualitative data that make up direct observation, participant observation, oral history and document analysis, with the subject of the researches the social worker at Belo Horizonte Hospital. In this sense, it seeks to highlight the social worker's intervention in the hospital discharge process, emphasizing the relevance of considering the user's socio-family and economic context, a factor that can intervene in the health recovery process. Based on content analysis, this research reveals that it is important for users and the multidisciplinary team to recognize the role of the social worker in hospital equipment, as this can influence the health/illness process. For this reason, medical discharge must be conditioned on social discharge to ensure a safe hospital discharge. It portrays the history of health policy in Brazil to understand its current conceptions, analyzes the concepts of social vulnerability and social inequality and their implications for health. It contemplates the professional performance of the social worker and his designated activities at the Hospital Belo Horizonte institution, referring to the case study to reaffirm its indispensability.

Key-words: Health Policy. Social vulnerability. Social Worker.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ART.	Artigo
CAP'S	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conferência Nacional de Secretários de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAP'S	Instituições de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MG	Minas Gerais
MPAS	Ministério da Previdência Social e Assistência Social
PIASS	Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	13
2.1	A POLÍTICA DE SAÚDE EM SUA CONCEPÇÃO HISTÓRICA	13
2.2	A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO: PÓS CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	20
3	A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS VULNERABILIDADES SOCIAIS.....	24
3.1	O CONCEITO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E SEU IMPACTO NA SAÚDE	24
3.2	AÇÕES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO NA SAÚDE COMO BASE DE ENFRENTAMENTO DAS VULNERABILIDADES SOCIAIS	29
4	OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL PARA UMA ALTA HOSPITALAR SEGURA	33
4.1	A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS DESAFIOS	33
4.2	A ALTA SOCIAL COMPLEMENTAR A ALTA MÉDICA PARA GARANTIR UMA ALTA HOSPITALAR SEGURA.....	36
4.2.1	ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL BELO HORIZONTE.....	37
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
	ANEXO A – CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO ENVOLVIDO.....	46
	ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE DADOS	47
	ANEXO C – DECLARAÇÃO DE USO ESPECÍFICO DO MATERIAL E/OU DADOS COLETADOS.....	48

1. INTRODUÇÃO

A presente monografia tem como objeto de estudo a atuação profissional do assistente social na política de saúde, em resposta a seguinte situação problema: Frente às demandas das expressões da questão social, das atribuições do assistente social na saúde e das competências delegadas ao assistente social que inserido na política de saúde na relação capital x trabalho: como se caracteriza a intervenção do Serviço Social na promoção de alta hospitalar segura tendo como equipamento representativo o Hospital Belo Horizonte no município de Belo Horizonte – MG?

Resultante da inserção do pesquisador na instituição Hospital Belo Horizonte, que inserida na política de saúde privada está localizada no município de Belo Horizonte – MG, local onde foi realizada a atividade de projeto de pesquisa durante o período de estágio supervisionado em Serviço Social, considera-se os desafios do Serviço Social que se relaciona com as expressões da questão social e com a contradição do capital *versus* trabalho.

Considera-se os desafios da atuação profissional do assistente social na instituição, dentre tantos, promover uma alta hospitalar segura que garanta a recuperação da saúde, no trabalho em equipe multidisciplinar e interdisciplinar.

Como objetivo geral propõe compreender a intervenção do Serviço Social na política de saúde, na promoção de alta hospitalar segura, e para isso busca abordar os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a história da política de saúde no Brasil.
- Apreender sobre as implicações da vulnerabilidade social na integralidade da saúde.
- Analisar os desafios da atuação profissional no Serviço Social diante da alta social em conjunto com a alta médica.

Esse trabalho justifica-se pela finalidade de ampliar o conhecimento sobre o assunto, alta social e alta médica, componentes para uma alta hospitalar segura, pois, no campo de estágio da acadêmica de serviço social, se vê a alta social como um fator determinante na vida dos usuários. Ressalta o trabalho do profissional assistente social na política de saúde visto que é um caminho para inserir novas orientações sobre a atuação destes, e destaca a importância de se compreender o

contexto sociofamiliar e econômico do usuário, transformando o processo de alta hospitalar.

Quanto à metodologia empregada, registra-se que, na fase de investigação, utilizou-se a Teoria Social e Crítica Marxista para promover o saber científico a partir do entendimento da realidade dos elementos do fenômeno, seguindo a linha de pesquisa “Formação Profissional, Trabalho e Identidade Profissional” com a sublinha de pesquisa “Formação Profissional e Espaços sócio-ocupacionais”, dispondo-se da natureza de pesquisa qualitativa para que se permita o estudo dessa conjuntura.

Efetou-se o uso da pesquisa bibliográfica e da pesquisa documental, utilizando-se o protocolo de procedimento operacional padrão para atividades do assistente social do Hospital Belo Horizonte para realizar a coleta de dados, sendo um complementar a outra para que se possa efetivar a veracidade das informações. Como técnicas utilizadas para coletar os dados que conduziram o caminho necessário para se chegar ao objetivo elencado, empreendeu-se a observação direta, a observação do participante, a história oral, e a análise de documentos.

Os dados coletados foram analisados a partir da análise de conteúdo, técnica que introduz um olhar reflexivo sobre o objeto pesquisado considerando as experiências vividas pelo pesquisador, e de acordo com Medeiros e Sviercoski, 2020, “seu alcance vai além da descrição do que se vê para atingir sua fundamentação teórica e prática, o que lhe confere o status de sua metodologia com peculiaridade e qualidade muito próprias para o processo de investigação.” (Medeiros; sviercoski, 2020, p. 207).

Para tanto, principia-se, no capítulo 1 desta monografia, apresentar a história da política de saúde no Brasil, para compreender as lutas e os desafios desta política, como ela se transforma e se concebe na sociedade, antes e após a Constituição Federal de 1988, para tanto utilizará Hack, 2019. Menicucci, 2014, que aborda a história da reforma sanitária brasileira e a Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

No capítulo 2, veremos como se dá a promoção da saúde diante das vulnerabilidades sociais, apreender sobre o conceito de vulnerabilidades e seus sentidos para as políticas públicas de saúde, Carmo, 2018. Tratar sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, pelo Ministério da Saúde, Brasil, 2002. E apontar as implicações das vulnerabilidades para a saúde pública, Lorenzo, 2006.

No capítulo 3, abordaremos os parâmetros para a atuação do assistente social na política de saúde, CFESS, 2010. As contribuições do Serviço Social na alta social como dispositivo de proteção integral na saúde, Kocourek (2019). Também um documento interno da instituição denominado Procedimento Operacional Padrão (POP), que designa as atividades do assistente social no Hospital Belo Horizonte, finalizando com o Estudo de Caso.

Portanto, o presente trabalho irá ampliar o conhecimento sobre o assunto, alta social e alta médica, componentes para uma alta hospitalar segura, para que esse processo possa ser aperfeiçoado assegurando a recuperação da saúde do usuário, contando com a colaboração de outros autores.

2. A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A história da política pública de saúde no Brasil se contempla com diversas transformações e evoluções ao longo do tempo. Ela se inicia muito antes de se tornar uma política pública e está em contínua evolução. Compreender a sua trajetória histórica, os desafios e conquistas que contribuíram para a construção da saúde como dever do Estado e direito de todos, se faz importante para entender como que ela se configura na atualidade. Assegurada pela Constituição Federal de 1988, e desenvolvida em uma sociedade antagonista, sofre constantes transformações por ser “alvo de disputa de distintos interesses” (Hack, 2019, p. 19).

2.1 A Política de Saúde em sua Concepção Histórica.

Segundo Hack, 2019, a saúde no Brasil em 1789, contava com apenas quatro médicos na cidade do Rio de Janeiro, e os chamados “boticários”, profissionais que tinham licença para manipular as fórmulas prescritas pelos médicos, que atendiam a classe alta da população, já a maioria contava com a benesse e a filantropia para buscar atendimento por pajés e curandeiros.

De acordo com Silva, 2011, as pessoas de classe econômica alta preocupavam-se com as que não tinham condições de custear um médico para tratamento de suas doenças, e com a sociedade em si. Portanto no final do século XIX, uma nova forma de cuidados em saúde chegava ao Brasil.

As Santas Casas de Misericórdia foram instaladas com base no modelo hospitalar de Portugal, governadas pelos jesuítas e religiosos, pois havia poucos médicos diplomados vindos da cidade de Coimbra e Salamanca, “atendendo de forma leiga, com poucos recursos técnicos e monetários aos doentes que a procuravam”. (Mito, 2004 *apud* Silva, 2011, p.04).

Em 1543, foi fundada a primeira Santa Casa de Misericórdia, pelo fidalgo Braz Cubas, na Capitania de São Vicente (Vila de Santos), seguindo o modelo hospitalar de Portugal, com a finalidade de atender os doentes que trabalhavam nos navios e as pessoas que moravam nas cidades. A partir daí criou-se outras Santas Casas de Misericórdia de cunho caridoso e com base na filosofia cristã, em diferentes estados do país, dentre eles, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo e Pernambuco.

Conta Hack, 2019, que em 1808, com a chegada da corte portuguesa, os primeiros indícios de política em saúde foram se instalando, no combate as epidemias e na implantação do saneamento, não pela preocupação de bem-estar da sociedade, mas sim pela relação de exportação com outros países, em busca do desenvolvimento econômico através do comércio de café.

No início do século XX, com a abolição da escravidão, cresce o número de imigrantes vindo ao Brasil em busca do trabalho. Desta forma, o governo brasileiro começa a investir na manutenção da saúde, pois a falta dos imigrantes no trabalho causada pelo adoecimento interferia diretamente no desenvolvimento do país, já a promoção da saúde “mantinha o contingente de trabalhadores ativos, sendo um atrativo para a vinda de mais trabalhadores estrangeiros”. (Hack, 2019, p.22).

A manutenção da saúde se dava através da imunização obrigatória contra as doenças da época, dentre elas, febre amarela, malária, hanseníase e varíola. Assim como com a vigilância sanitária, pois, com o elevado número de trabalhadores residindo na área urbana, e sem possuir estrutura suficiente para abrigar a população, a insalubridade intensificava algumas dessas doenças.

Dessa forma, para assegurar o desenvolvimento econômico e as relações internacionais, a adesão à vacinação era vista como um compromisso de cada cidadão com seu país. A rejeição a essa prática caracterizava uma afronta ao Estado, portanto, essa intervenção na saúde teve seu caráter político transformado em caso de polícia. (Hack, 2019, p.22).

Caracterizado pelo autoritarismo o governo realizava a vacinação da população compulsoriamente, opondo-se a informá-la sobre a sua necessidade e suas possíveis consequências. Essa ação chamada de “Modelo Campanhista” gerou o movimento chamado de a “Revolta da Vacina”, em que as pessoas recusavam a vacinação.

Regulamentada em 1904, a lei que tornava obrigatória a vacinação para que se conseguisse ter acesso aos direitos, impulsionou um movimento chamado de “Liga Contra a Vacinação Obrigatória”, configurado pela forte manifestação popular que incluía a participação de militares, atingindo o objetivo da não obrigatoriedade da vacinação. Posteriormente “houve queda das vacinações à época, contudo, verificou-se a procura espontânea nos anos seguintes, quando a epidemia de varíola agravou-se”. (Fiocruz, 2005 *apud* Hack, 2019, p. 23).

Em 1918 com a epidemia da gripe espanhola, o governo se atentou para a melhoria dos serviços de saúde, sendo criada a “Liga Pró-Saneamento do Brasil”

que lutava pela reforma da saúde e a sua expansão para o interior, e o “Serviço de Medicamentos Oficiais” que, “estimulou o desenvolvimento de medicamentos capazes de combater as endemias da época e que visava fortalecer o aspecto técnico do ministério responsável pela gestão da saúde.” (Hack, 2019, p.24).

Ocorreram também os movimentos intelectuais que defendiam a saúde pública em prol do desenvolvimento do país, e em 1921 a ampliação dos serviços de saúde ademais da capital brasileira.

Decorrente de um governo autoritário, que não tinha recursos e conhecimento sobre o tratamento adequado, o protocolo para tratamento de doenças contagiosas como a hanseníase e a tuberculose, se mantinha com a internação compulsória de pessoas e até mesmo de famílias, que eram conduzidas pela equipe de saúde em conjunto com a polícia para hospitais colônias ou para abrigos chamados de “leprosários”, criados distantes da população com o objetivo de isolar as pessoas que estariam infectadas por essas doenças.

Os bens materiais, como as roupas e a casa dessas pessoas eram queimadas para evitar o contágio, e os doentes eram “completamente segregados, afastados de toda convivência comunitária, de suas atividades profissionais e, até mesmo, da família”. (Hack, 2019, p.25).

A maioria das pessoas infectadas por tuberculose recorria à internação realizada em sanatórios pela iniciativa privada ou pela filantropia. Para o tratamento da saúde mental, os doentes internavam-se em hospícios, que tinham o mesmo seguimento da internação compulsória, pois a doença mental era considerada um risco para a sociedade.

Essas instituições tornavam-se a moradia dessas pessoas, pois não havia na época uma política de retorno familiar. Os doentes tinham sua identidade anulada, sendo considerados pelo Estado como pessoas incapazes e de risco para a sociedade e designados como leprosos, loucos, entre outros.

Há registros de fragilidade nos diagnósticos, que ficavam suscetíveis a interesses privados para além da condição mental do paciente. O risco de uma hospitalização como essa repercutia em uma espécie de controle da sociedade. “Estudos históricos sobre essas instituições denunciam uma série de desrespeitos à dignidade humana. (Lima, 2013 *apud* Hack, 2019, p.27).

A superação desse modelo de saúde segregacionista foi ganhando espaço com a ampliação da saúde comunitária e da saúde da família, com os estudos de propostas terapêuticas e com o avanço da medicação para o tratamento da

tuberculose, da hanseníase, e da saúde mental. Nesse período histórico a política de saúde tinha uma perspectiva de combate às epidemias e no tratamento da doença, mas não na promoção da saúde e na garantia da dignidade da vida.

Sendo adotado o modelo biomédico no Brasil, com a instalação de hospitais equipados, o diagnóstico da doença era feito através dos sintomas e sequelas que o paciente apresentava pela medicina com caráter inter e multidisciplinar para então definir o tratamento, medicação, procedimentos cirúrgicos, entre outros.

A consolidação desse modelo no Brasil ocorreu quando o atendimento médico foi considerado como uma das coberturas previdenciárias que vinham sendo conquistadas por trabalhadores organizados em diferentes categorias, desde o início do século XX. (Hack, 2019, p.31-32).

Esse modelo hospitalocêntrico não atendia de forma igualitária a população devido as suas limitações, sendo a sua prioridade o atendimento ao trabalhador, ficando o restante da população dependente do atendimento privado ou filantrópico, pela caridade, que se caracterizava como assistência social.

Até a década de 1980, a política de saúde tinha como foco o atendimento aos trabalhadores formais, através da previdência social, e da contribuição com a seguridade social, enaltecendo o modelo econômico desenvolvimentista do país, pois, com trabalhadores saudáveis, evitavam-se as epidemias fortalecendo os laços de exportação e respondia as demandas dessa classe que reivindicava o acesso a saúde, o seguro desemprego, o seguro acidente e a aposentadoria.

A organização sindical advinda da Europa trouxe conquistas sobre os direitos trabalhistas e previdenciários, que em primeiro momento eram específicos para trabalhadores de determinadas empresas, mas com a organização dos grupos aos poucos esses direitos se expandiram para os demais trabalhadores.

A aprovação do Decreto-Lei 4.882/1923 denominada Lei Eloy Chaves, inicialmente empenhada na criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões para os ferroviários, se expandiu para outras categorias, dentre elas a mineração, portuários, demais serviços públicos, entre outros, e era “considerado a base para a constituição do sistema previdenciário brasileiro” (Hack, 2019, p.34).

De acordo com Bravo, 2014, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), criadas em 1923, eram financiadas com a participação das empresas, dos trabalhadores e da União, e tinha como objetivo criar um fundo que contemplava benefícios proporcionais às contribuições, sendo previstos “assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço,

velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral” (Bravo, 2001, p.03).

Em 1933, no governo de Getúlio Vargas, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), foram unidas a Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), ampliando a intervenção estatal, abrangendo os direitos assegurados pelas empresas a “todos os profissionais da mesma categoria” (HACK, 2019, p.34).

Bravo, 2001, afirma que a década de 30 é marcada por modificações na sociedade como a industrialização, o surgimento das políticas sociais em resposta às demandas da questão social e a redefinição do papel do Estado. “Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação”. (Bravo, 2001, p.04).

De acordo com a Conferência Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2009, no primeiro mandato do governo de Getúlio Vargas, em 1937, foi promulgada a Lei n. 378 de 13 de janeiro de 1937, que estabelecia as Conferências Nacionais de Saúde e Educação com o objetivo de conhecer as ações desenvolvidas pelos Estados na promoção da saúde e da educação. Apesar de estar prevista para acontecer de 2 em 2 anos, a primeira conferência só foi realizada no ano de 1941, e tinha como temas:

- a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. (Ministério da Educação e Saúde, 1941, *apud* CONASS, 2009, p. 12).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu somente no ano de 1950, no final do governo de Dutra, e tinha como tema a Legislação referente à higiene e a segurança do trabalho.

Posteriormente, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde com o intuito de desmembrar a saúde da educação, sendo aprovada a Lei n. 2.312, em 03 de setembro de 1954 que definia as “Normas Gerais sobre a Defesa e Proteção da Saúde”, considerada “um dos pontos fundamentais da Política Sanitária daquela época, cuja regulamentação, em 21/01/61, instituiu o Código Nacional de Saúde” (CONASS, 2009, p.13).

Bravo, 2001, traz que a Política Nacional de Saúde consolidada entre 1945 e 1950, criou durante a Segunda Guerra Mundial, o “Serviço Especial de Saúde

Pública”, (SESP), e complementa Hack, 2019, que a Fundação SESP tinha ações voltadas para o tratamento de água e para o saneamento básico.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2009, informa que no ano de 1963, ocorre a 3º Conferência Nacional de Saúde, no governo de João Goulart, com proposta de descentralização do governo, reorganização do sistema de saúde analisando a situação sanitária, e a sugestão de um Plano Nacional de Saúde (PNS).

De acordo com Hack, 2019, devido ao Governo Militar de 1964, as ações propostas na 3ª Conferência, foram suspensas, voltando para a centralização no Governo Federal, e com a reprodução da Fundação SESP, agora denominada de “Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde” (PIASS).

Em 1966, a medicina previdenciária, segundo Menicucci, 2014, amplia a cobertura previdenciária para todos os trabalhadores urbanos através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e recorre à rede privada para dar conta dessa ampliação, incentivando “o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto pela compra de serviços quanto pelos subsídios do governo para construção de unidades hospitalares”. (Menicucci, 2014, p.79).

Empregou-se como estratégia a realização de contrato com as empresas através do INPS, com subsídios do governo, que ficariam encarregadas de prestar atendimento à saúde aos seus empregados, dando início a criação dos planos de saúde que decorriam de “empresas médicas que geriam a assistência médica para as empresas empregadoras”. (Menicucci, 2014, p.79).

Posteriormente as empresas passam a ser independentes do governo, tornando-se a assistência em saúde uma “política de pessoal”, e pauta de reivindicação dos trabalhadores para a aquisição de mais planos empresariais. Esse processo afeta negativamente o Sistema Único de Saúde (SUS), pois perde o apoio dos trabalhadores na reivindicação de melhorias da saúde pública.

A 4º Conferência Nacional de Saúde ocorre no ano de 1967, convocada no regime militar, com o tema “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”, contou com a “participação de especialistas nos temas debatidos e das autoridades do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social e Assistência Social (MPAS) e dos estados e territórios” (CONASS, 2009, p.13).

A Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário, considerados formas de resistência de grupos de profissionais e intelectuais, que não aceitavam as ações

autoritárias na área da saúde no regime militar, com o intuito de promover o acesso a saúde de forma igualitária e universal, considerava:

[...] todo o histórico da saúde pública brasileira, pois havia muitas lacunas no atendimento à população, bem como práticas que feriam direitos humanos básicos relacionados à identidade, à dignidade, à privacidade, à cidadania e, também, à integridade física e mental. (Hack, 2019, p.46).

Para propagar suas ideias, a Reforma Sanitária contava com o apoio do “Centro Brasileiro de Estudos de Saúde” (CEBES), a revista científica “Saúde em Debate” e com a “Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva”, permitindo a promoção de pesquisas e simpósios sobre a saúde brasileira.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2009, apresenta a 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, que teve como principal contribuição a criação do Sistema Nacional de Saúde onde trouxe as atribuições do Ministério da Saúde que estaria responsável pela saúde pública de forma coletiva, e a assistência médica previdenciária, responsável pela assistência de saúde individual.

A 6ª Conferência, convocada em 1977, configurava-se pela análise da implementação de programas governamentais e começava a se expandir a democratização de processos decisórios, advindos das demandas sociais.

Em 1980, foi realizada a última conferência durante o regime militar. A 7ª Conferência tinha como tema: “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”, e como ponto central a execução do “Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde” (Prev-Saúde), “que propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal”. (CONASS, 2009, p.14).

No período da Nova República é consagrada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, sendo a maior conquista da Reforma Sanitária, que teve sua comissão presidida por um dos principais líderes da Reforma Sanitária, Sérgio Arouca. Seu arcabouço se constituía por três temas principais, a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor, e “[...] permitiu a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde”. (CONASS, 2009, p.17).

2.2A saúde como direito de todos e dever do estado: pós constituição federal de 1988.

A política de saúde passou por diversas transformações até ser considerada como direito universal. A VIII Conferência Nacional de Saúde, que incluiu a sociedade na discussão da saúde, e os princípios da Reforma Sanitária, contribuíram significativamente com a construção do Sistema Único de Saúde, (SUS). Importante compreender os princípios do Movimento da Reforma sanitária, que se seguem:

Ampliação na cobertura dos serviços; superação das intervenções verticais, centradas na doença, e da medicina curativa, centrada nas instituições hospitalares; transposição do controle de doenças transmissíveis pela promoção da saúde, em geral; compreensão do caráter intersetorial dos determinantes da saúde; implementação de um sistema único de saúde, superando a divisão entre saúde preventiva e saúde previdenciária; descentralização, regionalização e hierarquização do sistema de saúde; estratificação dos serviços por complexidade, com prioridade para as ações preventivas, de atenção básica em saúde; universalização do acesso à saúde; exercício da saúde como direito do cidadão e dever do Estado; regulação estatal sobre os serviços privados de saúde; participação popular. (Hack, 2019, p. 50).

Após ser referenciada nos princípios e diretrizes da “Reforma Sanitária”, o Sistema Único de Saúde (SUS), passa a ser legalizado na Constituição Federal de 1988, como direito de todos e dever do Estado:

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

Compreende-se a necessidade de investimento nas políticas sociais e econômicas e não somente na política de saúde, para que se possa efetivar a sua proteção, promoção e recuperação.

Segundo Hack, 2019 são necessárias implantações de políticas de acesso ao trabalho e salários dignos, pois a fome pode causar danos na saúde, políticas urbanas e rurais, objetivando o saneamento básico para evitar o agravamento de doenças e políticas esportivas como forma de prevenção das doenças crônicas. “O atendimento em saúde inicia-se no amplo conjunto das políticas públicas e somente se encerra ao assegurar para todos, “completo bem-estar físico, mental e social”. (Hack, 2019, p.59).

Bravo, 2001, traz reflexões acerca dos aspectos aprovados na Constituição, que inclui o encerramento da discriminação no atendimento, sobre quem é ou não trabalhador formal, segurado ou não segurado. Cabe ao poder público a

fiscalização, a regulamentação e o controle dos Serviços de Saúde, com característica descentralizadora de atendimento integral e com a inclusão da participação popular. A rede privada na saúde só poderá servir de forma complementar, preferencialmente com instituições filantrópicas, “sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos”. (Bravo, 2001, p. 11).

Na Constituição Federal de 1988, no art. 194, é possível compreender a saúde como direito da Seguridade Social, que em seu tripé se compõe, a saúde, a previdência social e assistência social, as quais se relacionam intersetorialmente preservando sua autonomia.

Essas políticas são direcionadas para as pessoas que necessitam de mais proteção, e cada política busca atender determinadas fragilidades, sendo, a política de saúde o atendimento e a prevenção da doença, a política da previdência social, a incapacidade para o trabalho, e a política de assistência social, a vulnerabilidade ou risco social que inclui a situação de pobreza, não acesso aos serviços, preconceito e violência. Esse modelo constitucional “[...] permite o comando único dentro de cada setor, evita ingerências e duplicidade de intervenções, assegurando melhores condições de gestão, que impactam na qualidade dos serviços à população”. (Hack, 2019, p.61-62).

A universalidade das políticas sociais era característica da gestão do modelo *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social), que implementado na Europa na pós-Segunda Guerra Mundial, tinha como ideal a redistribuição através das políticas sociais e a intervenção do Estado na economia. Para isso houve um estudo que diagnosticou as demandas sociais da Inglaterra e de mais 30 países da Europa. A partir disso, William Beveridge, produziu um relatório em 1942, indicando a superação das cinco principais demandas sociais que a sociedade presenciava, sendo elas: a ignorância, a escassez, a ociosidade, a doença e a miséria.

A partir desse relatório consideraram-se dois aspectos importantes para a efetivação da ação do governo, as políticas sociais que contribuiriam na superação dessas demandas sociais, devendo ser direito de todas as pessoas, e o reconhecimento do Estado como responsável na garantia desses direitos.

Ao se considerar a história da política de saúde no Brasil, pode ser um desafio trazê-la como um direito universal. Porém, a universalidade foi sustentada na luta do movimento da Reforma Sanitária, e está estabelecida na Constituição

Federal de 1988, “não apenas quando aponta que a saúde é direito de todos, **prevista no artigo 196**, mas também na afirmação de que as políticas de seguridade social têm como um de seus objetivos a universalidade da cobertura e do atendimento, **conforme artigo 194**”. (BRASIL, 1988, *apud* HACK, 2019, p.64. **Grifos nossos**).

De acordo com o modelo de *Welfare State*, o Estado é responsável por garantir esses direitos a todos os cidadãos, porém, se torna claro que o Estado brasileiro ainda não conseguiu corresponder ao seu papel. Isso se evidencia quando olhamos para como se deu as conquistas das políticas sociais antes e após a CF de 1988. A aprovação da CF de 1988 teve em seu conjunto, deputados e senadores, ideais liberais, grupos que defendiam as políticas sociais com base no modelo de *Welfare State*, e a participação popular.

Assim, é correto afirmar que as conquistas legais acerca das políticas sociais não são um consenso político no Brasil, mas uma vitória em um palco de relações de forças bastante contraditórias. O texto constitucional foi aprovado em meio a conflitos, lutas, conquistas e desafios para a defesa da saúde como direito. (Hack, 2019, p.65).

No ano de 1989, o neoliberalismo adotado pelo governo brasileiro já previa a redução do papel do Estado nas políticas públicas afastando-se do modelo *Welfare State* que também já havia enfraquecido na Europa.

A participação da iniciativa privada na política de saúde está prevista no art. 199 da CF de 1988 em que: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. (BRASIL, 1988). Assim, há dois projetos em constante disputa, o projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, apontando que:

[...] a saúde pensada como direito fundamental e universal na Constituição de 1988 sofreu o embate com a vertente privatista, que concebe a saúde como um negócio lucrativo e mercantil, limitando o acesso a saúde pela condição econômica de milhares de brasileiros. (Malmann; Balestrin; Silva, 2017, p.205, *apud* Hack, 2019, p. 67).

O Plano Diretor da chamada Contra Reforma do Estado propôs um Estado regulador do desenvolvimento econômico e social, sendo a responsabilidade que antes era do Estado, transferida para o setor privado. De acordo com Bravo, houve falhas na atuação do Governo Federal na fiscalização e regulamentação do Sistema Único de Saúde, impedindo o avanço dessa política social, tais como:

[...] o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade

para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. (Bravo, 2001, p.14).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e propõe em seu art. 6º que o Sistema Único de Saúde se inclui em seu campo de atuação a vigilância sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador, a assistência terapêutica e farmacêutica, a saúde bucal, o saneamento básico, a vigilância nutricional, a orientação alimentar, a proteção ao meio ambiente, o controle e a fiscalização de serviços, bebidas e alimentos de consumo humano, entre outros, tendo como características a universalidade a integralidade e a igualdade.

Posteriormente é sancionada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), como norteadora das Conferências e Conselhos, ao qual pode se observar a sua inserção em toda a trajetória do Sistema Único de Saúde, mas que a partir desta data se regulamenta, tornando-se um direito.

Compreende-se que por mais que uma pessoa sempre procure por atendimento médico particular ou conveniado, ainda sim esta pessoa é usuária do Sistema Único de Saúde, já que convivendo em sociedade ela está inserida nas ações de promoção e de prevenção da saúde, por esse motivo é indispensável a participação popular na luta pelo avanço desta política social.

3. A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS VULNERABILIDADES SOCIAIS.

O princípio da integralidade na política de saúde propõe reconhecer cada pessoa como um ser completo em si pertencente a um todo denominado sociedade, compreendendo que as ações de promoção, proteção e recuperação em saúde contemplam distintos direcionamentos que são indissociáveis e complementares para garantir o direito a essa política. Esse princípio está disposto no Art. 7º da Lei n. 8.080/1990, inciso II, “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990).

As vulnerabilidades sociais aos quais determinados grupos e indivíduos estão expostos interferem diretamente no acesso dessas pessoas aos seus direitos instituídos constitucionalmente, dentre eles o direito a saúde, que nos dias atuais supera a ausência de doença, compondo-se de bem estar físico, mental e social. Cabe destacar o significado de princípio, que segundo Hack, 2019, “os princípios, por sua vez, uma fundamentação ideológica de valores que sustentam a luta, uma referência ética sobre o que se acredita que é certo”. (Hack, 2019, p.94).

Portanto, é necessário compreender os diversos desafios a serem superados para garantia do princípio da integralidade na saúde diante do contexto das vulnerabilidades sociais inerentes a uma sociedade capitalista.

3.1 O conceito de vulnerabilidade social e seu impacto na saúde.

De acordo com Carmo e Guizardi, 2018, a vulnerabilidade social está atrelada a ausência ou precariedade da renda, assim como a desigualdade de acesso aos bens e serviços públicos, bem como a fragilidade dos vínculos afetivos, associando seu conceito à noção de risco. A origem da palavra vulnerabilidade é uma conexão dos vocábulos em latim “*vulnerare*, que significa ferir, lesar, prejudicar, e ‘*bīlis* – suscetível a.” (Carmo, Guizardi, 2018, p.06).

Na matriz discursiva da Bioética que busca tratar das questões morais da vida humana, animal e ambiental, a vulnerabilidade é uma condição intrínseca ao ser humano que naturalmente necessita de ajuda, ao qual a própria existência está

relacionada a fragilidades, pois, ao existir se expõe aos possíveis perigos e danos na sociedade.

De acordo com as políticas não contributivas da seguridade social, a saber, saúde e a assistência social, a pessoa vulnerável:

[...] não necessariamente sofrerá danos, mas está a eles mais suscetível uma vez que possui desvantagens para a mobilidade social, não alcançando patamares mais elevados de qualidade de vida em sociedade em função de sua cidadania fragilizada. (Carmo, Guizardi, 2018, p.6).

A partir das condições materiais e auxílios disponibilizados, o ser humano vulnerável, pode desenvolver habilidades necessárias para a superação dessa condição, não se tratando apenas de uma circunstância natural e inerente a pessoa, como afirma a Bioética, mas a algo que pode ser transformado diante do contexto ao qual se vivencia individual e coletivamente. Por esse motivo, a desigualdade que diferencia o acesso aos direitos à população pode ocasionar a incidência da vulnerabilidade.

Cabe trazer o conceito de desigualdade social visto que esse termo será citado em alguns momentos, que de acordo com Carvalho, Salaini, Allebrandt, Meinerz e Weisheimer, 2012, a desigualdade social não é uma característica natural do ser humano, mas sim uma condição ao qual o indivíduo se encontra ao nascer de acordo com sua posição social, ou seja:

[...] os indivíduos que ocupam posições superiores possuem vantagens em relação aos que ocupam posições inferiores. Essas vantagens ou privilégios dizem respeito às formas de acesso e distribuição de bens socialmente valorizados – a propriedade, o capital, o poder e a informação, por exemplo. (Carvalho e outros, 2012, p.14).

Carmo e Guizardi, 2018, trazem a ecologia política que surge para discutir os conflitos socioambientais do ponto de vista da desigualdade social. Os desastres ambientais afetam de maneira mais intensa os grupos economicamente desfavorecidos, estando mais expostos a poluição e contaminação, conseqüentemente mais vulneráveis a processos socialmente injustos. O dever do poder público de proteção social pode viabilizar o enfrentamento da desigualdade, promovendo a justiça social. Contudo esse papel do Estado por vezes não se efetiva, resultando em situações de opressão que inviabilizam o acesso as políticas e as lutas por direitos.

É necessário considerar as variáveis de cunho individual, social e institucional, que se inter-relacionam, contestando uma compreensão reducionista

de culpabilização do sujeito, promovendo políticas que considerem a realidade do usuário da seguridade social não contributiva em sua totalidade.

Carmo e Guizardi, 2018, pontuam que na saúde, o termo “vulnerabilidade” passou a ser utilizado a partir do ano de 1980, com a epidemia da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). Nessa época utilizava-se o termo “grupo de risco”, que de forma individualizada classificava as pessoas que estariam suscetíveis a infecção, contudo ao observar a mudança e a abrangência no perfil das pessoas acometidas com a doença, percebeu-se a necessidade de adequar ao termo “vulnerabilidade”, que compreendia a totalidade da população.

Na política de saúde há o reconhecimento da superioridade do sistema político e da individualidade e subjetividade de cada pessoa, fundamental para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade, que em sua concepção” não pretende superar a feição analítica do conceito de risco, ao passo que dialogam e se complementam em suas singularidades, interesses e limites, vinculando-se a diferentes referenciais ético-políticos.” (Carmo; Guizardi, 2018, p.07).

Carmo e Guizardi, 2018, referem que o conceito de vulnerabilidade na política de assistência social é ampliado ao se acrescentar ao termo “social” que leva ao estudo das desigualdades sociais advindas da pobreza, aprofundando seu entendimento para além da questão econômica que é importante, mas não é decisiva na definição dos grupos expostos aos riscos e a vulnerabilidade social. A vulnerabilidade social está presente em maior parte na população de baixa renda dificultando o acesso aos meios necessários para sua superação, pois, impossibilita o acesso material ocasionando na perda da independência, da liberdade e da autonomia do indivíduo.

De acordo com Janczura, 2012, as definições de risco social e vulnerabilidade social são diversas devido ao fato de diferentes áreas de conhecimento fazerem seu uso a partir de determinada perspectiva, e considera que, “[...] por um lado, tem havido uma confusão no uso dos conceitos de risco e vulnerabilidade e, por outro, alguns autores concentram-se mais no conceito de risco, enquanto outros, no de vulnerabilidade”. (Janczura, 2012, p.02).

Trata a ideia de que os diferentes órgãos governamentais os conceituam de acordo com seus objetivos, sendo que a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), construída para identificar os riscos e vulnerabilidades sociais aos quais os usuários da política de assistência social estão expostos para promover a proteção

social, gera inclusive confusão em suas conceituações já que os traz como sinônimos, por não os definirem claramente.

Além disso, muitos programas e ações implantadas pela Assistência Social nos âmbitos federal, estadual e municipal, orientados às famílias e aos filhos das classes populares, estão voltados para um enfoque do risco social, deixando de lado o conceito de vulnerabilidade (Sartor; Martins; Silva, 2002, *apud*, Janczura, 2012, p.02).

Considerando seus significados e objetos, Janczura, 2012, cita Yunes e Szymanski, 2001, que trazem que seus conceitos são distintos ao mesmo tempo em que se relacionam e afirmam que, “a vulnerabilidade opera apenas quando o risco está presente; sem risco, vulnerabilidade não tem efeito” (Yunes; Szymanski, 2001, p.28, *apud* Janczura, 2012, p.02).

O risco é associado ao perigo que a pessoa vulnerável está exposta, como exemplo pode-se trazer uma criança que sofre violência doméstica, uma pessoa que precisa trabalhar na infância, que não tem o que comer ou uma moradia segura, uma criança que não tem uma vaga na escola e desta forma não desenvolve seu conhecimento, o desemprego e baixa renda familiar, entre outros. Para evitar os riscos sociais, se faz necessárias ações que previnam a sua ocorrência, “pois não se trata de só minorar o risco imediatamente, mas de criar prevenções para que se reduza significativamente o risco, ou que ele deixe de existir”.(Janczura, 2012, p.06).

Janczura, 2012, traz a perspectiva de vulnerabilidade segundo Oliveira, 1995, que conceitua como vulneráveis os grupos sociais que se encontram ou não, na linha da pobreza, pois não há uma definição econômica para classificar esses grupos considerando também como vulneráveis as pessoas com deficiência, negros, índios, crianças em situação de rua, entre outros grupos, e ao observá-los é possível perceber que se assemelham devido ao seu histórico de discriminação e desigualdade social.

Do ponto de vista econômico, Oliveira (1995) registra que os grupos “indigentes” e “pobres” se constituem nos maiores contingentes vulneráveis da sociedade brasileira, sendo que o mecanismo produtor dessa vulnerabilidade, basicamente, é o mercado de força de trabalho. (Janczura, 2012, p.03).

Compreende-se que o desemprego causa o aumento de famílias vulneráveis ao ponto que a promoção do emprego e de políticas que visem à educação, a formação e a profissionalização impactam na diminuição desses grupos, pois incentivam a superação da situação vivenciada. A proteção dos direitos é uma ferramenta pelo qual pode-se combater as vulnerabilidades sociais, uma vez que

imprimem trabalhar a autonomia e a liberdade dos indivíduos desenvolvendo a suas habilidades pessoais e sociais como parte integrante da sociedade.

Janczura, 2012, ainda traz Carneiro e Veiga, 2004, que compreendem como grupos vulneráveis àqueles que estão expostos aos riscos e que são incapazes de lidar, superar e transformar os desafios da vida cotidiana.

Pessoas, famílias e comunidades são vulneráveis quando não dispõem de recursos materiais e imateriais para enfrentar com sucesso os riscos a que são ou estão submetidas, nem de capacidades para adotar cursos de ações/estratégias que lhes possibilitem alcançar patamares razoáveis de segurança pessoal/coletiva. (Janczura, 2012, p.04).

Lorenzo, 2006, retrata que na política de saúde compreende-se que as pessoas de baixo nível socioeconômico, que estão mais suscetíveis a vulnerabilidade, tem menos acesso a política de saúde de qualidade, maior índice de desenvolvimento de doenças agudas e crônicas, físicas e psicológicas, e em maior risco de sofrerem acidentes devido ao difícil acesso a outras políticas públicas, como ao saneamento básico, moradia, educação e alimentação, e, quando que necessária a sua recuperação, essas pessoas têm menor acesso aos cuidados, causando sua reincidência.

[...] conceituaríamos vulnerabilidade em saúde pública como o estado de sujeitos e comunidades nos quais a estrutura de vida cotidiana, determinada por fatores históricos ou circunstanciais momentâneos tem influência negativa sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde. (Lorenzo, 2006, p.02).

A identificação dos determinantes sociais na saúde está disposta no artigo 5º, inciso I, da Lei 8.080 de 1990, como um dos objetivos do Sistema Único de Saúde, que discorre “a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde”. (Brasil, 1990).

A vulnerabilidade na saúde está condicionada a construção e a efetivação de políticas públicas que tenham como objetivo a redução das desigualdades sociais considerando os determinantes e os condicionantes sociais que influenciam a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, que de acordo com a Lei Orgânica da Saúde do Brasil (LOS), são “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais.” (Brasil, 1990).

3.2 Ações de promoção, proteção e recuperação na saúde como base de enfrentamento das vulnerabilidades sociais.

De acordo com Hack, 2019, o Sistema Único de Saúde passou por um longo processo até sua concepção como direito de todos e dever do Estado, e diante dos contextos de desigualdade, vulnerabilidade e risco social, em sua regulamentação desenvolveu-se princípios necessários para nortear as suas ações, que se seguem, “universalidade, descentralização, integralidade, participação, equidade, autonomia, integridade física e mental, socialização das informações, racionalidade no planejamento das ações e resolutividade.” (Hack, 2019, p. 102).

A partir do princípio da integralidade na saúde têm como um de seus objetivos dispostos na Lei 8.080/1990, art. 5º, inciso III, “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.” (BRASIL, 1990).

As ações da integralidade para a promoção, proteção e recuperação na saúde, propõe considerar que esta política pública depende de outras políticas para se efetivar, pois considera o usuário em sua totalidade, e, segundo a Fundação Oswaldo Cruz, “o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa”. (FIOCRUZ, 2024).

Compreender as ações de saúde ademais da assistência curativa em suas formas de proteção, promoção e prevenção, sendo este último considerado prioridade de acordo com a Constituição Federal de 1988, promove a diminuição da ocorrência de epidemias na sociedade como um todo, contribuindo com o desenvolvimento do capitalismo, que é o propósito das classes superiores.

É importante analisar detalhadamente o que compreende as ações de promoção, proteção e recuperação em saúde em suas especificidades para entender cada qual a sua relevância diante do contexto das vulnerabilidades sociais.

De acordo com o Ministério da Saúde, 2001, a promoção da saúde se instala a partir da década de 1970, e se intensifica com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marcada pela construção da base do Sistema Único de Saúde. Ela se consolida na estrutura do Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Conforme trata a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, o significado de promoção da saúde, “é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma

maior participação no controle deste processo” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p. 1, *apud* Brasil, 2001, p.08).

Compreende-se que a promoção da saúde é um processo que se constrói e se transforma constantemente envolvendo o indivíduo e a sociedade, sendo fundamental o papel do Estado com a responsabilidade de garanti-la priorizando sobre o que é fundamental para sobreviver, ao qual se inclui a “[...] paz; habitação; educação; alimentação; renda; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social; e equidade”. (Brasil, 2001, p.08).

Dessa forma são necessárias políticas que viabilizem o acesso a todas as pessoas às necessidades básicas para que se tenha uma vida digna, considerando que a saúde está ligada a maneira de viver de cada indivíduo e compreende ações individuais, coletivas e governamentais, “na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um.” (Brasil, 2002, p. 07).

As decisões individuais sobre, por exemplo, consumir ou não álcool e drogas, realizar ou não atividades físicas, escolher opções de alimentação saudável ou não, buscar ou não formas de melhoria da saúde mental, são fatores que condicionam a saúde de uma pessoa, mas, que também pode gerar impactos na saúde de uma comunidade. Neste sentido:

A promoção da saúde como campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde: assume a saúde em seu conceito amplo, pauta a discussão sobre qualidade de vida, pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e a mobilização da sociedade. Trabalha com o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça o planejamento e poder local. (Brasil, 2002, p.09).

Ao se debruçar sobre a história da política de saúde no Brasil, percebe-se que as políticas públicas desenvolvidas se deram também como forma de controle social para o crescimento da sociedade moderna. De maneira ampla observa-se que a promoção da saúde está ligada com a busca do autoconhecimento e da felicidade, dos valores morais e éticos adquiridos, “por isso, a promoção da saúde é vivencial e é colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais.” (Brasil, 2002, p.13).

De acordo com Seta, Oliveira e Pepe, 2017, as ações de proteção à saúde garantida pelo princípio da integralidade, se relaciona com as ações de promoção e de recuperação. Considerando que a política de saúde não é uma mercadoria, ao ser garantida como direito, a sua inclusão na Constituição Federal de 1988 é a maior

expressão de proteção a essa política e, “estabelece o direito à saúde como direito fundamental e uma das maneiras de cumprir o dever do Estado, é a formulação e implementação de políticas voltadas à redução do risco e à proteção da saúde.” (Seta; Oliveira; Pepe, 2017, p.02).

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária são sistemas que em suas práticas são voltadas para a proteção da saúde, no enfrentamento dos riscos e condicionantes em saúde, e são coordenadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A regulação realizada pela Anvisa é de importância para a estruturação do Sistema Único de Saúde, pois suas ações impactam no desenvolvimento de setores produtivos, na regulação das indústrias do complexo industrial da saúde, na prevenção de riscos à saúde da população e na organização do mercado da saúde. (Seta; Oliveira; Pepe, 2017, p.05).

Os sistemas de vigilância em saúde e sanitária defendem interesses públicos, de certa forma no controle da sociedade, e suas práticas são voltadas à vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância da saúde do trabalhador, e a vigilância ambiental, “tendo em vista o conflito capital/trabalho, capital/consumo e capital/ambiente.” (Seta; Oliveira; Pepe, 2017, p.04).

Observa-se que as ações de proteção à saúde promovem impactos diretos na composição da sociedade, pois são ações de prevenção as medidas tomadas para a diminuição dos riscos à exposição de doenças, tais medidas incluem a vacinação e a educação em saúde, por exemplo.

Tratar sobre as ações de recuperação da saúde através da pesquisa foi um processo difícil, pois não se encontrou muitos referenciais bibliográficos para trazer de forma detalhada informações sobre essas ações. Mas não se poderia abster sobre o significado e importância da recuperação em saúde visto que é necessária para a garantia da integralidade da saúde.

Ao se olhar para o termo “recuperação” é fácil dizer que é um processo que demanda cuidado para que algo se recupere, fazendo-se entender quando associado à saúde das pessoas. Para tanto pode-se compreender diversas possibilidades para que a recuperação aconteça.

Para aprofundar seu conceito é apropriado trazer o significado de recuperação da saúde, que em uma matéria do site Health Care, 2023, “a recuperação da saúde é um processo único para cada pessoa, envolvendo cuidados médicos, terapias alternativas e autocuidado. É uma jornada que requer atenção e

dedicação, mas que pode resultar em uma vida plena e saudável.” (Health Care, 2023).

A recuperação da saúde envolve desde as mudanças no estilo de vida, à tratamentos médicos e cirúrgicos, com medicações, terapias, entre outros, para buscar o bem-estar nos níveis físico, emocional e mental da pessoa diante de um contexto de doença.

É um processo holístico que envolve pilares fundamentais como nutrição adequada, atividade física, descanso, cuidados médicos e emocionais, além do apoio social. Ao abraçar todos esses aspectos, estamos trilhando um caminho que leva à vitalidade, à qualidade de vida e a um futuro saudável e feliz. (Health Care, 2023).

É possível concluir que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde são essenciais para o enfrentamento dos riscos, vulnerabilidades e desigualdades sociais, para garantia do acesso a esse direito à todas as pessoas. Porém, não cabe dizer que ela é eficaz a todos os seus âmbitos, visto que há desafios a serem superados para sua efetivação.

4. OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL PARA UMA ALTA HOSPITALAR SEGURA.

Nos diversos espaços sócio-ocupacionais do profissional assistente social, percebe-se os desafios a serem superados para garantia dos direitos das pessoas em meio as expressões da questão social e das desigualdades sociais que agravam os riscos e as vulnerabilidades sociais.

Tratando-se de ambientes hospitalares, compreende-se que é um espaço que acentua a exposição aos riscos dos grupos vulneráveis, levando em conta que os usuários que buscam esse atendimento necessitam de apoio e assistência para recuperarem a sua saúde. Por esse motivo é necessário a viabilização de meios para efetivar a recuperação da saúde compreendendo que ela ultrapassa o atendimento hospitalar.

Segundo Hack, 2019, o assistente social é considerado um profissional da área da saúde apesar de não ser exclusivo desta área, a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 218 de 1997, e após pela Resolução do Conselho Federal de Serviço Social, nº383 de 1999.

O assistente social é reconhecido como profissional da saúde em conjunto com outros profissionais, “biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (Brasil, 1997b).” (Hack, 2019, p. 278).

Esse reconhecimento propõe a importância do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, considerando a atuação da equipe multiprofissional para garantia de uma alta hospitalar segura. O assistente social que atua na contradição capital x trabalho diante das expressões da questão social enfrenta desafios diários para contribuir com a promoção, proteção e recuperação da saúde.

4.1 A atuação do assistente social na política de saúde e seus desafios.

A atuação profissional dos assistentes sociais na Saúde é referenciada pelo documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, redigido pelo Conselho Federal de Serviço Social, (CFESS), no ano de 2010, para orientações quanto à atuação profissional, reconhece algumas expressões impostas a esses profissionais na política de saúde.

A busca por áreas que não são destinadas ao Serviço Social na política de saúde, mas que são introduzidas a esses profissionais devido aos valores apreendidos em sua formação, como por exemplo, o controle de dados epidemiológicos. Essas atividades se distanciam do objetivo da prática profissional do assistente social que na política de saúde, “passa pela 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 profissional assistente social precisa ter como base o projeto ético-político do Serviço Social que se condiciona ao projeto da Reforma Sanitária, construída no ano de 1970, ainda é o objetivo da política de saúde. Estar de acordo com o Código de Ética da profissão para ser um profissional crítico e propositivo, que busca implementar uma luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde, se atentar para os determinantes sociais da saúde, colaborar com o acesso dos usuários aos serviços de saúde, considerar o trabalho em equipe interdisciplinar, entre outros.

Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional. (CFESS, 2010, p. 31).

Compreende-se que o Código de Ética da Profissão norteia a atribuição e competências dos assistentes sociais tanto para os profissionais que atuam quanto para as empresas empregadoras, aos quais devem seguir e respeitar, dentre eles, “ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções”. (CFESS, 2010, p. 34).

Porém pode-se perceber que muitos espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais impõem atividades incompatíveis com suas atribuições, como visto anteriormente, esse fato é um desafio para o profissional, que muitas vezes executa essas atividades por uma questão cultural ao se observar que vários espaços de trabalho exigem esse tipo de tarefa, e de dependência ao ser inserido na relação capital x trabalho.

O Código de Ética, em seu art. 3º aborda os deveres profissionais, que se seguem:

a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor; b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes. (CFESS, 2010, p. 34).

A partir desses deveres verifica-se que o assistente social precisa romper com o conservadorismo e com práticas de culpabilização do sujeito, alinhando-se ao Movimento de Reconceituação do Serviço Social, que é um marco do desenvolvimento da profissão, e teve como foco a ruptura com o tradicionalismo no desenvolvimento de profissionais que trazem uma leitura crítica da realidade considerando o contexto social e histórico do usuário.

O Código de Ética apresenta também os princípios da profissão que são importantes para alinhar as atribuições dos assistentes sociais, e dentre eles destaca-se:

[...] defesa intransigente dos direitos humanos; ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; [...] posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais. (CFESS, 2010, p. 37-38).

As ações dos assistentes sociais devem estar ligadas ao projeto ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo do Serviço Social, sendo que na política de saúde para efetivar o princípio da integralidade com ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação em saúde é necessário compreender o contexto social que interfere no processo saúde-doença do usuário.

Na política de saúde, em sua totalidade, os assistentes sociais atuam em quatro seguimentos, “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional”. (CFESS, 2010, p. 41).

No atendimento direto aos usuários é importante que se faça uma escuta qualificada, e que se tenha um olhar reflexivo sobre a realidade do usuário promovendo um atendimento amplo, livre de preconceitos e de discriminação. No trabalho como assistente social é necessário se desprender dos valores pessoais, para efetivar a práxis profissional, e considerar o contexto sócio-histórico do usuário para ir além da prática imediatista, propondo a emancipação e a superação da dificuldade vivenciada.

No documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, é explicitada a da alta médica condicionada a alta social para alta hospitalar:

[...] parte-se do pressuposto de que a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou família é que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no processo de alta. A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de serviço social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe. (CFESS, 2010, p.48).

Afirmando a necessidade de o assistente social ser um profissional partícipe que busca conhecimento sobre as demandas apresentadas na instituição, que se prontifica a acompanhar os usuários e propõe interação com o usuário e a equipe para planejamento da alta hospitalar.

4.2 A alta social complementar a alta médica para garantir uma alta hospitalar segura.

Compreendendo-se a integralidade da saúde, percebe-se a relevância das decisões tomadas nos hospitais com relação aos usuários que buscam esse atendimento. A alta hospitalar gera desfechos positivos ou negativos e pode determinar as condições dos usuários. Quando a alta hospitalar é um conjunto de ações que compõe de alta médica e alta social, a superação do fator doença pode ser ampliada. A alta social considera os determinantes e condicionantes da saúde e:

[...] é um processo por meio do qual a liberação e a saída do hospital dependem da avaliação das necessidades biopsicossociais dos pacientes/usuários. Trata-se de uma iniciativa que vem sendo desenvolvida pelos Assistentes Sociais e expressa um processo de responsabilização não somente do médico, mas também da equipe multiprofissional pela saúde do usuário dentro e fora do ambiente hospitalar. (Seibert; Mangini; Kocourek, 2019, p.2).

No Hospital Belo Horizonte, o assistente social, realiza suas atividades de acordo com o documento interno da instituição, “Procedimento Operacional Padrão” (POP), intitulado, “Atividades do Assistente Social”.

Em suas atividades, descreve-se, a solicitação de atendimento domiciliar (antibióticoterapia, oxigênoterapia, dieta enteral e/ou parenteral, acompanhamento em domicílio, entre outros), a desospitalização (solicitação de remoção, transferência e outros)

. A realização de anamnese diária dos pacientes que são admitidos na unidade de internação, com o objetivo de conhecer o contexto social do paciente/família, e viabilizar meios que respondam as possíveis demandas sociais. Acompanhamento de conflitos familiares e relação médico, paciente e equipe assistencial, pacientes desacompanhados que necessitam de acompanhante em tempo integral. Encaminhamentos sociais para a rede pública, órgãos e instituições. Orientações a famílias em relação aos seus direitos, relacionados aos casos de pacientes classificados como cuidados paliativos, terminais ou que vieram a óbito.

Atendimento para liberação de alimentação e banheiro social para os acompanhantes dos pacientes que precisam de acompanhante em tempo integral. No banheiro social, é disponibilizado um chuveiro e um kit de toalhas para os acompanhantes dos pacientes internados no CTI Infantil e/ou CTI Adulto que precisam de acompanhantes, e que residem em cidades distantes.

Solicitação de apoio aos convênios referente a dificuldade de agendamento pela secretária, de exames complexos e urgentes para os pacientes internados. Atendimento as solicitações de restrição de visitas em conjunto com a equipe de Segurança Patrimonial do hospital, que podem ser solicitadas pelo paciente ou por seu representante legal.

O assistente social também participa de reuniões com foco em humanização, e dentre elas, há uma reunião semanal multidisciplinar e interdisciplinar, que são discutidos casos de pacientes que permanecem internados há mais de 15 dias, e/ou que internados na unidade de internação, são classificados como cuidados semi-intensivos, que são pacientes graves com condições clínicas instáveis, para definição de cuidados.

As demandas atendidas pelo assistente social no Hospital Belo Horizonte se fazem de acordo com o que se observa na realização da anamnese social, nas reuniões multidisciplinares, nas demandas de paciente e família que chegam até o setor, por meio de interconsultas solicitadas pela equipe multidisciplinar, ou pela busca de conhecimento do assistente social sobre os usuários do serviço, compreendendo que a alta social não consta como exigência no documento interno da instituição.

Essa indeterminação, por vezes resulta em embates entre a equipe multiprofissional, pois decorrem altas hospitalares sem garantia do direito dos usuários, permitindo a falha na recuperação da saúde, item essencial ao princípio da

integralidade, causando reinternação de pacientes por falta de planejamento de cuidados pós alta, com a família, com o convênio, e com o Sistema Único de Saúde.

Propõe trazer um estudo de caso de um usuário ao qual foi importante e determinante a atuação do assistente social para promover uma alta hospitalar segura. Poderia citar vários outros casos ao qual o acompanhamento do Serviço Social foi essencial, como também citar aqueles que a falta da atuação do assistente social devido a irreflexão de médicos que não planejaram a alta hospitalar em conjunto com a equipe, nitidamente trouxeram consequências no acesso ao princípio da integralidade na saúde. Porém escolheu-se esse caso para reafirmar a imprescindibilidade da atuação profissional do assistente social em espaços sócio-ocupacionais marcados pelas vulnerabilidades e riscos sociais.

4.2.1 Estudo de Caso do Hospital Belo Horizonte.

No Hospital Belo Horizonte, foi possível vivenciar uma alta hospitalar complexa, após uma mulher de 35 anos, dirigir-se ao Pronto Atendimento do hospital em trabalho de parto.

Em preocupação com o bebê, por sua bolsa romper 2 semanas antes da data prevista, relata ao médico que é usuária de drogas (cocaína). Após o parto, já encaminhada para a unidade de internação, o médico que prestou atendimento solicita interconsulta com o Serviço Social, por conta do relato que a mãe trouxe.

No dia seguinte, a assistente social faz uma visita ao leito da paciente para realizar o atendimento. Em conversa com a mãe do bebê, que confirma ser usuária de drogas, relata também ser concursada e mãe de uma menina de seis anos. Informa que está afastada do trabalho por motivo de saúde mental e que a filha de seis anos reside com a avó materna, ao qual possui a guarda da criança. No leito está acompanhada de um homem de 30 anos, que diz ser o pai do bebê e que também faz uso de drogas.

Após longa conversa com a assistente social, é comunicada a necessidade de notificação ao Conselho Tutelar de referência, para prosseguimento da alta hospitalar do bebê, de sexo masculino e que aparentemente se encontrava bem e saudável. A paciente é acolhida e orientada pelo setor do Serviço Social quanto as tratativas a serem tomadas, para segurança da criança.

Nesse momento a mãe se emociona e diz não querer que o bebê passe pelo mesmo processo que sua filha de 6 anos passou, ao qual precisou ficar em abrigo devido a sua dependência química, e por conta de conflitos familiares a avó materna só conseguiu a guarda da neta após um ano.

Depois do atendimento, para recomendações sobre o caso, a assistente social realiza contato com o Conselho Tutelar e com a Vara da Infância e Juventude e é informada a necessidade de verificar as possíveis pessoas que poderiam ficar com a guarda provisória do bebê, após alta hospitalar, até que seja averiguada a capacidade da mãe e do pai para os cuidados com a criança. O setor do Serviço Social realiza um novo acolhimento aos pais que informam que desejam que o bebê fique sob cuidados da tia paterna em conjunto com seu esposo, até que tudo se resolva.

É realizado atendimento a tia paterna e seu esposo que trazem diversos conflitos com a mãe do bebê, informando também tentativas de autoextermínio, ainda na gravidez. Trazem que teriam dificuldades nos cuidados com a criança devido a esses conflitos e a questões pessoais.

Em um novo atendimento, a mãe do bebê solicita que sua mãe seja responsável pelos cuidados com a criança. Em atendimento a avó materna, relata ter uma medida protetiva contra a filha e que as visitas realizadas a criança que está sob sua guarda só podem ocorrer de forma assistida. Mas que aceitaria tentar ter a guarda do bebê após alta hospitalar. Encaminhado relatório ao Conselho Tutelar e a Vara da Infância e Juventude com essas informações.

A mãe do bebê recebe alta hospitalar, mas o bebê continua internado devido a abstinência da droga utilizada pela mãe durante toda a gestação. Depois de alguns dias, após o controle da abstinência, o bebê está apto para alta médica, porém, devido ao contexto sociofamiliar, continua internado até a definição do juiz para alta social, e assim receber uma alta hospitalar segura.

Após alguns dias é recebido o parecer do Juiz da Vara da Infância e juventude informando que a criança deveria ser acolhida em um abrigo até a definição da guarda. Foi um momento difícil, já que a mãe e o pai do bebê, a avó materna, a conselheira tutelar e a assistente social do Hospital Belo Horizonte, ansiavam pela definição do Juiz pela guarda provisória a avó materna, até que fosse definida a guarda definitiva.

A assistente social do Hospital realiza contato com o abrigo para obter informações sobre visita, entre outros, a serem repassadas para a família. Na ocasião, até mesmo a supervisora do abrigo questionou a decisão do Juiz de encaminhar essa criança para lá, já que havia uma pessoa (avó materna), capaz de cuidar do bebê, pelo menos provisoriamente, visto que era seu desejo e que já possuía a guarda definitiva da irmã de 6 anos.

Posteriormente, prosseguiu-se com a alta hospitalar do bebê, ao qual vieram dois representantes da Vara da Infância e Juventude realizar o processo de alta. Enquanto realizam os trâmites na secretaria do CTI Infantil, a mãe e o pai do bebê se despediam dele, emocionados.

A criança foi levada para o abrigo que é localizado próximo a residência da avó materna e da mãe. Contudo, na semana seguinte, a supervisora do abrigo conseguiu com que a avó materna pudesse ter a guarda provisória do bebê, sendo levado para casa junto da irmã que o aguardava ansiosamente.

O desfecho do caso supracitado, que estava condicionado a decisão judicial relaciona a importância do atendimento do assistente social, e do reconhecimento dos profissionais da saúde, em específico, do médico, da essencialidade do trabalho em equipe, quanto ao acompanhamento do assistente social, para promover uma alta hospitalar segura.

O planejamento da alta é uma atividade tanto interdisciplinar como multiprofissional, em que toda a equipe torna-se responsável por estabelecer um elo entre os usuários e os demais profissionais da rede externa. Essa atividade prima pela compreensão dos determinantes globais do processo saúde-doença, como parâmetro de um atendimento integral e resolutivo. (Flesch; Araujo, 2014, *apud*. Seibert; Mangini; Kocourek, 2019, p.06).

É importante que a equipe assistencial conheça e reconheça o profissional assistente social, bem como as suas atribuições e competências, para impulsionar o trabalho em equipe. Porém para isso, é imprescindível a compreensão do próprio assistente social sobre as suas capacidades, sobre o seu espaço de fala e o seu reconhecimento como um profissional da saúde e parte de uma equipe multiprofissional.

Para pensar a alta social, é preciso ir além de uma contemplação normativa. Deve-se buscar ser um profissional crítico, propositivo e criativo, estar de acordo com o Código de Ética da profissão, buscando sempre o embasamento teórico-metodológico para se utilizar a dimensão técnico-operativo da profissão,

referenciando sua intervenção, “[...] frente a alta hospitalar é de orientação, de esclarecimento e de reflexão junto ao usuário e à equipe de saúde com relação às condições objetivas que estão impulsionando o retorno ou não para o domicílio (CFESS, 2010).” (Seibert; Mangini; Kocourek, 2019, p.08).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir este trabalho de conclusão de curso a pesquisa trouxe a história da política de saúde para compreender como ela se concebe na atualidade. Alvo de distintos interesses sofreu diversas transformações para ser garantida como um direito, e continua vivenciando desafios na atualidade que precisam ser superados para que esta política alcance o princípio da universalidade e da equidade. Apesar de ser garantida constitucionalmente é comum perceber ações que dificultam o acesso das pessoas aos serviços, e a efetivação de seus princípios e diretrizes.

Compreende o princípio da integralidade da saúde como norteador das ações de promoção, proteção e recuperação. Claramente se percebe várias dificuldades para implementar a integralidade da saúde, pois são ações que englobam o indivíduo em sua totalidade, sendo necessária a execução de outras políticas públicas que superem os determinantes e condicionantes da saúde, que estão atrelados aos riscos e vulnerabilidades sociais que são reproduzidos pela desigualdade social na sociedade.

Percebe-se que o profissional assistente social precisa basear a sua atuação com base em seu Código de Ética, e fundamentação teórica para a práxis profissional, percebendo que a sua atuação que insere a alta social em conjunto com a alta médica, precisa vir de um profissional crítico, criativo e propositivo, que se reconhece como peça importante no planejamento da alta hospitalar.

Apesar de não estar inserida nas normas da instituição, a alta social se faz quando o profissional assistente social dialoga com a equipe multidisciplinar, busca compreender o contexto sociofamiliar e histórico do usuário e propõe orientações que viabilizam melhores maneiras de retorno para o domicílio garantindo o acesso aos direitos. Os desafios são constantes em todas as áreas de atuação do profissional assistente social, e sua maneira de conduzir as demandas apresentadas pode determinar os impactos na vida dos usuários.

Esse trabalho não se conclui aqui, pois percebe-se a importância de novos estudos para complementar essa pesquisa que se caracteriza como um amplo debate necessário para o desenvolvimento da alta hospitalar segura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf Acesso em: 20 de mar. de 2024.

BRASIL. Constituição Federal. **Constituição Federal (Artigos 196 a 200)**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf> Acesso em: 15 de mar. de 2024.

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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 13 de mar. de 2023.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 05 de abr. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília. 2002. Disponível em: file:///C:/Users/User/Desktop/TCC/Monografia/Refer%C3%Aancia%20cap%C3%ADulo%202/politica_nac_prom_saude.pdf Acesso em: 30 de mar. de 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: [avaunivirtus politica-de-saude-no-brasil-por-maria-ines-souza-bravo-16-051023-SES-MT..pdf](avaunivirtus_politica-de-saude-no-brasil-por-maria-ines-souza-bravo-16-051023-SES-MT..pdf) Acesso em: 09 de mar. de 2024.

HEALTH CARE. **O que é a recuperação da saúde.** Prevenção. 2023. Disponível em: <https://ablehealthcare.com.br/o-que-e-a-recuperacao-da-saude/> Acesso em: 02 de abr. de 2024.

CARMO, Michelle Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social.** Caderno de Saúde Pública, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 09 de abr. de 2024.

CARVALHO, Ana Paula Comin de. et al. **Desigualdade de gênero, raça e etnia.** Curitiba. Intersaberes. 2012. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br/Leitor/Publicacao/3241/pdf/0?code=t3Y9trYJK+hN0Ucj3B8BJLVqgl3Rbuz+JqRFBNvqCQSrqfM8R4bCYMjHLfZjTda5epSqZQHvWEBFM2IHUVGhWw> Acesso em: 10 de abr. de 2024.

FIOCRUZ. **Integralidade.** Pense: a reflexão fortalece essa conquista. s.d. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/integralidade> Acesso em: 01 de abr. de 2024.

HACK, Neiva Silvana. **Política Pública de saúde no Brasil: história, gestão e relação com a profissão do Serviço Social.** Curitiba. Intersaberes, 2019. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br/Leitor/Publicacao/171286/pdf/0?code=jrjCPCPdm9AfQwNuPmtmyaEFDnvmTMi9Hqj0+bolZ7HfUcHYIOZApVD17UtLmpPKetQ4+thZ52mD+Q6GFq+w> Acesso em: 01 de mar. de 2024.

JANCZURA, Rosane. **Risco ou vulnerabilidade social.** Textos e Contextos. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Desktop/TCC/Monografia/Refer%C3%Aancia%20cap%C3%ADtulo%202/Risco%20ou%20vulnerabilidade%20social.pdf> Acesso em: 09 de abr. de 2024.

LORENZO, Cláudio. **Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas.** Universidade Federal da Bahia, 2006. Disponível em:

<file:///C:/Users/User/Desktop/TCC/Monografia/Refer%C3%Aancia%20cap%C3%ADulo%202/vulnerabilidade%20em%20sa%C3%BAde%20p%C3%ABlica.pdf> Acesso em: 10 de abr. de 2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde:** mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, 2014, p.77-92. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?lang=pt&format=pdf>

Acesso em: 15 de mar. de 2024.

POP, Procedimento Operacional Padrão. **Atividades do Assistente Social.** Documento Institucional. Hospital Belo Horizonte. 2010. Acesso em: 16 de mar. de 2024.

SEIBERT, Deise. MANGINI, Fernanda da Rosa Nunes. KOCOUREK, Sheila. **Alta Social como Dispositivo de Proteção Integral na Saúde:** Contribuições do Serviço Social. Rio Grande do Sul. 2019. Disponível em:

<file:///C:/Users/User/Downloads/13716-Texto%20do%20Artigo-59938-1-10-20191021.pdf> Acesso em: 05 de abr. de 2024.

SETA, Marismar Horst de. OLIVEIRA, Catia Veronica dos Santos. PEPE, Vera Lúcia Edais. **Proteção à Saúde no Brasil:** o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/4YsWrRkhDc9vBb959FtxbPd/?lang=pt&format=pdf>

Acesso em: 01 de abr. de 2024.

SILVA, Maria Regina Guimarães. **A história da fundação da irmandade de misericórdia de Guaxupé – MG.** São Paulo. 2011. Disponível em:

1307647846_ARQUIVO_artigosimposicionacionaldehistoria.pdf (anpuh.org) Acesso em: 14 de mar. de 2024.

ANEXO A – CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO ENVOLVIDO



CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO ENVOLVIDO

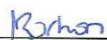
Prezado (a) Coordenador (a)

Declaramos que nós do (a) Hospital Belo Horizonte, do setor de Serviço Social envolvido no projeto, estamos de acordo com a condução do Trabalho de Conclusão de Curso “Serviço Social na Política de Saúde: atuação profissional que proporciona uma alta hospitalar segura”, sob a responsabilidade de Ludmila Gonçalves Reis, nas nossas dependências.

Estamos cientes que o sujeito de pesquisa será o assistente social e que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/12 do CNS e Resolução Nº 510/16 referente a pesquisa com seres humanos.

Sendo o que se apresenta aproveitamos para enviar nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,



Responsável pelo Serviço
(Nome, cargo e carimbo)

Miray Zahide Orhan
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS Nº 25151- 6ª Região/MG

ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE DADOS



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DE DADOS

Eu, Ludmila Gonçalves Reis, abaixo assinado, comprometo-me a manter confidencialidade com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem desenvolvidas no projeto de pesquisa, “Serviço Social na Política de Saúde: Atuação Profissional que Proporciona uma Alta Hospitalar Segura”, coordenado pela professora Maria Andrea Dias vinculada ao curso de Bacharelado em Serviço Social do Centro Universitário Internacional - UNINTER realizado no âmbito Centro Universitário Internacional Uninter; ou ainda informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto, concordando em:

Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;

Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;

Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;

Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.

Declaro ter conhecimento: de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2024.

Assinatura Aluno: *Ludmila Gonçalves Reis*
Nome: *Ludmila Gonçalves Reis*
CPF: *117.926.886-52*

Assinatura Professor(a) Orientador(a):
Nome: **gov.br** Documento assinado digitalmente
CLECI ELISA ALBIERO
Data: 28/02/2024 20:33:23-0300
CPF: **gov.br** Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

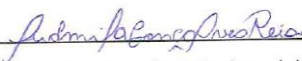
ANEXO C – DECLARAÇÃO DE USO ESPECÍFICO DO MATERIAL E/OU DADOS COLETADOS



DECLARAÇÃO DE USO ESPECÍFICO DO MATERIAL E /OU DADOS COLETADOS

Belo Horizonte, 29 de fevereiro de 2024.

Eu Ludmila Gonçalves Reis, autor (a) da pesquisa “Serviço Social na Política de Saúde: atuação profissional que proporciona uma alta hospitalar segura”, declaro que os dados coletados serão de uso específico para o desenvolvimento da pesquisa em questão.



Assinatura do (a) aluno(a) pesquisador (a)