

CENTRO UNIVERSITARIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

BRENDA ESTER ALENCAR ARAÚJO

**POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL: O PROCESSO DE INTERVENÇÃO DO  
SERVIÇO SOCIAL NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

JUAZEIRO DO NORTE – CE  
2021

**Brenda Ester Alencar Araújo**

**POLITICA DE SAÚDE NO BRASIL: O PROCESSO DE INTERVENÇÃO DO  
SERVIÇO SOCIAL NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Monografia submetida a avaliação da banca examinadora do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio como parte das exigências acadêmicas para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social sob a orientação da professora Esp.

**APROVADA EM** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profª Esp. Jácsa Vieira de Caldas  
Orientadora

---

Examinador I

---

Examinador II

JUAZEIRO DO NORTE-CE  
2021

*“Mas na profissão, além de amar, tem de s  
E o saber leva tempo pra cre.  
Rubem A.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por todas as orações, por todos os momentos de aflição que ele nunca me desamparou. Ele sempre me mostrava minha capacidade e todo momento que eu pensava em desistir ou uma porta fechava Ele sempre mostrava determinação e várias outras possibilidades de ajuda no meu caminho e que sim eu seria capaz de chega até aqui, onde sigo escrevendo o que achei que nunca conseguiria.

Aos meus pais, pois só eu sei e hoje entendo com clareza o tanto que meu pai teve que trabalhar ao longo desses quatro anos pra chega a finalização da faculdade quantas noites em claro atrás de uma direção mesmo doente ele tinha que ir para não ser descontado em nenhuma quinzena o dinheiro da mensalidade, o meu orgulho de garra força e perseverança, determinação e coragem vem dele, porque mesmo diante de toda dificuldade meu pai Aluizio Alves sempre deixou claro que esse sonho ele não deixaria eu perder e minha mãe Antonia Alencar que mesmo com todas as dificuldades financeiras e emocionais, sempre se manteve firme e mostrou diversas vezes que na vida temos escolhas e escolhas são feitas por nós, e ao fazermos uma escolha temos que ter consciência dos nossos atos e consequência do que pode acontecer, sempre me mostrando o melhor caminho a seguir, nunca desacreditando no meu potencial. Eu sei que vocês passaram por muita coisa para eu chega até aqui.

Agradeço muito ao meu namorado Ewerton Moura por todas as vezes que me apoiou e se importou com todas as dificuldades, umas delas foi um dos momentos mais complicado onde tive que passar por uma cirurgia e todos os professores achavam que eu não conseguiria e deram a solução de trancar e mesmo com tudo isso fiz todas as provas, estágios, atividades e muitas outras coisas exigidas pela faculdade e ele sempre ali me apoiando, me ajudando e me fazendo entender que nem tudo na vida é fácil e que é nesses momentos que conhecemos quem realmente se importa com agente.

E por fim agradeço aos meus professores, a minha melhor amiga Íris Bezerra por sempre estamos juntas nesses quatro anos e tenho certeza que desempenharemos esse trabalho lindo e com muita dedicação dia após dia, ela sempre teve do meu lado e sempre ao longo desse tempo foi só nós duas e não podia deixar de ser lembrada num momento tão especial! Obrigada de coração a todos que me desejam bem e que querem ver meu sucesso e estão comigo ao longo dessa caminhada tão longa que está longe de terminar.

## RESUMO

Em cada período histórico, as funções da saúde pública e suas intervenções estão intimamente relacionadas com os movimentos sociais, econômicos e políticos correspondentes. Percebe-se que sempre segue as tendências atuais da sociedade e se organiza de acordo com as necessidades e contextos específicos. Foram utilizados métodos qualitativos, procedimentos bibliográficos e características objetivas/descriptivas. Portanto, a racionalidade deste trabalho reside na importância de se fazer contribuições. Essas relações entre teoria e prática no espaço público estão cada vez mais sendo questionadas. O objetivo geral deste trabalho foi compreender o processo de intervenção do Serviço Social na Internação Hospitalar por meio de pesquisa bibliográfica. Os objetivos específicos foram: identificar as ações realizadas pelo Assistente Social diante das políticas públicas de saúde; Reunir informações acerca da realidade vivida no âmbito hospitalar pelos pacientes em situações de vulnerabilidade; Examinar as legislações pertinente a saúde pública e ao trabalho do Assistente Social na Saúde. Os resultados foram discutidos a partir de figuras lúdicas sobre a temática enfatizada no trabalho.

**PALAVRAS CHAVE:** SUS. Saúde. Assistente Social.

## ABSTRACT

In each historical period, the functions of public health and its interventions are closely related to the corresponding social, economic, and political movements. It is noticed that it always follows current trends in society and organizes itself according to specific needs and contexts. Qualitative methods, bibliographic procedures and objective/descriptive characteristics were used. Therefore, the rationale of this work lies in the importance of making contributions. Therefore, these relationships between theory and practice in the public space are increasingly being questioned. The general objective of this work was to understand the intervention process of Social Work in Hospital Admission through bibliographical research. And the specific objectives were: to identify the actions carried out by the Social Worker in relation to public health policies; gather information about the reality experienced in the hospital environment by patients in vulnerable situations; examine the legislation relevant to public health and the work of Social Workers in Health. The results were discussed from playful figures on the theme emphasized in the work.

**KEYWORDS:** SUS. Health. Social Worker.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- CFESS** – Conselho Federal de Serviço Social
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência social
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- LOS** - Lei Orgânica da Saúde
- NASS** - Núcleo de Apoio do Serviço Social
- ONGS** - Organizações não Governamentais
- PAIS** - Programa de Ações Integradas de Saúde
- SIMPAS** - Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
- SIMPAS** - Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- SUDS** - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO I – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b>	<b>9</b>
1.1 A FORMAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	9
1.2 UNIVERSALIDADE E SAÚDE: UM PRINCÍPIO NECESSÁRIO	14
<b>CAPITULO II – SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE: UMA RELAÇÃO NECESÁRIA</b>	<b>22</b>
2.1 DEMANDAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE: UMA GARANTIA DE DIREITO	23
2.2 O CONTROLE SOCIAL E OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ÂMBITO DE INTERNAÇÃO POR MEIO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL	29
<b>CAPITULO III - A RELAÇÃO SERVIÇO SOCIAL, PACIENTE INTERNADO E SAÚDE: UMA ANÁLISE EFICAZ E METODOLÓGICA</b>	<b>35</b>
3.1 METODOLOGIA DO TRABALHO: O CAMINHO UTILIZADO DA PESQUISA	37
3.2 COMPREENDENDO O ESPAÇO HOSPITALAR POR MEIO DE FIGURAS LÚDICAS	39
3.3 ANÁLISE DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: UM TRABALHO BIBLIOGRÁFICO	42
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>47</b>

## INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, as políticas de saúde foram incorporadas ao sistema previdenciário, o que mostra que é preciso ter cuidado ao reconhecer a saúde como direito social básico. De fato, entende-se que está relacionado ao direito à vida e reflete a proteção da dignidade humana pela Constituição.

Ainda de acordo com a Constituição, o Estado é obrigado a prestar serviços, por isso formula políticas públicas sociais e econômicas que visam promover, proteger e restaurar a saúde de toda a sociedade, independentemente de raça, crença, classe social e localidade, pois o conceito de saúde é muito mais amplo hoje, então há muitos problemas nessa situação.

A partir de 1988, as pessoas têm direito a um dos melhores conceitos de saúde do mundo, se não o melhor. O SUS sempre garantiu aos cidadãos direitos iguais à saúde. (Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990). O foco principal desta pesquisa é entender as fragilidades do Sistema Único de Saúde-SUS e por que usuários prejudiciais a esse tipo de obsolescência têm grande demanda por organizações privadas e sem fins lucrativos, e dar respostas a todas essas necessidades entre esses serviços. A qualidade do SUS é comparada para determinar a causa de todas essas vulnerabilidades do SUS.

Essa indagação se fortalece quando se pensa que o Brasil possui um dos melhores sistemas de saúde do mundo, sendo considerado como modelo, que enfoca o cidadão em suas mais variadas facetas e necessidades, tendo o usuário um atendimento desde suas necessidades mais básicas em saúde até a alta complexidade.

Quando as pessoas pensam que o Brasil tem um dos melhores sistemas de saúde do mundo, esse problema se fortalece, pois é considerado um modelo que enfoca os mais diversos aspectos e necessidades dos cidadãos e dos usuários desde suas necessidades básicas de saúde até os de alta complexidade.

Considerando que hoje o Sistema Único de Saúde passa por diversos impasses em sua implementação como as políticas públicas, essa dificuldade vivida pelo SUS é entendida como fruto da má gestão e é afetada pelo sistema capitalista.

Neste contexto, muitas preocupações têm surgido porque se pretende um serviço de saúde, cujos princípios são aplicados de acordo com o direito constitucional, ou seja, a universalidade, a equidade e a integralidade do atendimento médico para garantir a sua saúde e bem-estar. Princípios universais e organizacionais de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

O objetivo geral deste trabalho foi compreender o processo de intervenção do Serviço Social na Internação Hospitalar por meio de pesquisa bibliográfica. Os objetivos específicos foram de identificar as ações realizadas pelo Assistente Social diante das políticas públicas de saúde, reunir informações acerca da realidade vivida no âmbito hospitalar pelos pacientes em situações de vulnerabilidade e examinar as legislações pertinente a saúde pública e ao trabalho do Assistente Social na Saúde.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi utilizado o método de abordagem qualitativa, de procedimento bibliográfico e objetivo caráter descritivo. Dessa forma, esse trabalho justifica-se pela importância de contribuir para que, cada vez mais sejam questionadas essas relações existentes entre teoria e prática nos espaços públicos, visando rever a existência ou não, da democratização e universalização no sentido de universalizar essa política e atendendo de fato a todos que dela necessitam.

De acordo com os achados, as pessoas acabam sendo as mais afetadas por não terem condições de possuir essa riqueza, diante disso, nas atuais circunstâncias, essa discussão é muito necessária para que possamos entender e buscar a partir desta análise mudar essa realidade anormal que atinge a grande maioria da população.

Este trabalho é composto por três capítulos. O primeiro descreve a trajetória da política de saúde no Brasil para aprofundar o conhecimento sobre o tema e propõe uma discussão sistemática que ajudará a formular a Constituição Federal de 1988 e a criar o atual sistema único de saúde.

O segundo capítulo enfocará o sistema unificado de saúde, considerará os desafios que sua singularidade pode enfrentar e compreenderá os desafios enfrentados pelo sistema a partir desta discussão, dilatará o sistema na era pós-moderna e marcará a lei como uma forma eficaz de obter Saúde uma ferramenta importante e a realidade social em que se encontra hoje.

E o terceiro capítulo é composto pelos os resultados e discussões a partir de figuras lúdicas nas quais representam o descaso da saúde pública brasileira e o pouco investimento que enviando para o setor da saúde.

Por meio desses capítulos, a abordagem da política de saúde, seu processo construtivo, seus avanços, limitações e os desafios encontrados hoje são apresentados. Quanto ao seu processo de enfraquecimento, está aberto ao setor privado no processo de propaganda, comercialização e privatização, o que restringe o acesso à sociedade.

## **CAPITULO I – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

A evolução histórica da política de saúde brasileira em ordem cronológica, com a realização de discussões sistemáticas, contribui para a formulação da Constituição Federal de 1988 e discute a implantação do atual sistema de saúde. O marco histórico da legislação prevê direitos e segurança dos cidadãos de hoje e contra a ideologia neoliberal que fragiliza o Sistema Previdenciário Brasileiro.

### **1.1 A FORMAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Em cada período histórico, as funções da saúde pública e suas intervenções estão intimamente relacionadas com os movimentos sociais, econômicos e políticos correspondentes. Percebe-se que sempre segue as tendências atuais da sociedade e se organiza de acordo com as necessidades e contextos específicos.

O Brasil é um país latino-americano com grande população, ampla área geográfica, economicamente relacionada e extremamente desigual. Entre 1930 e 1980, a modernização capitalista não conseguiu superar a desigualdade socioeconômica enraizada no passado colonial, que se caracterizou pela industrialização de setores estratégicos geralmente sob regimes autoritários e quase nenhuma redistribuição social (FURTADO, 1999).

Sabe-se que o Brasil é bastante populoso e que tem uma grande área geográfica, porém é visível a imensa desigualdade que existe no país em todos os âmbitos. O poder econômico se centraliza nas mãos de uma minoria, onde a maioria da população vive na faixa da pobreza e vivendo em condições precárias.

Desde o século XX, a saúde pública brasileira configurou-se como política nacional de saúde. Com a sistematização das práticas de saúde, no contexto do socialismo brasileiro, e com o surgimento das políticas socialistas no Brasil, essa prática ganhou maior relevância no país. (NUNES, 2000).

Segundo Vasconcelos (2000), de acordo com o tempo e função da cidade e de seus moradores, a definição de organização, saúde pública insere-se no campo das políticas públicas de responsabilidade pública, sendo entendida como um direito social que tutela os direitos sociais das pessoas. Necessidade de compreender a vida comunitária, seus costumes,

formas sociais e trabalhos de saúde pública decorrentes da diversidade dos modos de vida, de forma a conformar-se à sua forma de assistência e proteção.

A política de saúde nesse período caracterizou-se por uma dupla trajetória: por um lado, representada pela saúde pública e voltada para o controle de doenças específicas, por outro, representada pela saúde pública. Em contrapartida, a assistência médica previdenciária para trabalhadores do mercado formal. Até o início da década de 1980, outras características do sistema de saúde eram: subsidiado pelo Estado, grande parte da população era excluída, a efetividade do modelo assistencial não era elevada e o setor privado tinha posição de destaque na prestação de serviços

No início do século XXI, quando grande parte das economias brasileiras emigraram, passou a exportar principalmente café e devido à peste, à febre amarela e às doenças pestilentas, os portos enfrentavam sérios riscos diante dos navios cheios de pessoas infectadas. Devido a essas doenças endêmicas, seus navios foram atracados em outros países e regiões. Naquela época, o objetivo da mobilização da saúde pública era lançar campanhas em larga escala, como a vacinação em massa da população para o controle da saúde local.

Neste momento histórico, o foco da assistência médica está voltado para o controle dessas endemias para aumentar as exportações do Brasil (CONH, 1999). Devido à campanha de combate à doença, esse modelo de atendimento é denominado de esportista. Nas décadas seguintes, o país foi dominado pelo desenvolvimento industrial e o crescimento do processo de urbanização também se apoderou do país. Nesse período, uma das funções da saúde pública era sanear e disciplinar a cidade e seus moradores em resposta à reorganização do estilo de vida urbano, promovendo a ordem e a moralidade (NUNES, 2000).

Trabalhadores de grandes indústrias, como ferrovias e bancos, organizaram as chamadas pensões (CAP's), cuja função é fornecer pensões e assistência médica às suas familiares. É uma aquisição de colaboradores por meio de contratos e contribuições. A CAP's começou pelas empresas ferroviárias. A Lei Eloy Chaves de 1923 previa esse tipo de seguro para todas as empresas com mais de 50 funcionários (NUNES, 2000).

Na década de 1930, o recém-criado Ministério da Indústria e Comércio foi unificado e passou a ser uma instituição de aposentadoria e pensão com características nacionais, passando a ter participação direta do Estado e de instituições médicas, portanto, é um direito apenas dos trabalhadores. Devido à relação dos participantes com seus familiares, o restante da população brasileira dependia de assistência privada ou, na falta de recursos financeiros, de hospitais filantrópicos. Nesse período, o foco da saúde pública foi principalmente a proteção da força de trabalho e a garantia do crescimento industrial do país (NUNES, 2000).

Sendo possível observar que a saúde pública privilegiava apenas os funcionários das empresas essenciais para a economia, pois estas necessitavam da sua mão de obra saudável, tendo em vista que o restante da população ficava a mercê de assistência privada ou então hospitais filantrópicos, porém como é visível na sociedade brasileira a desigualdade econômica está presente e dificulta muito a vida do brasileiro nessa época, pela a falta de assistência de saúde.

Foi por meio da "Lei de Organização da Previdência Social" que Lopez padronizou os serviços e condutas prestados em 1960 e unificou a previdência social em 1966, e toda a população trabalhadora brasileira passou a fazer parte dela. Se, por um lado, se garantem a saúde e a aposentadoria de todos os trabalhadores e, por outro, se escuta o financiamento do Estado. As contribuições desses trabalhadores fazem parte do financiamento público, utilizado como instrumento político de investimento nos grandes edifícios, e depois vendidos ao investimento estrangeiro (CONH, 1999).

Até 1960, a característica básica da assistência médica era que o modelo de assistência médica tinha dois aspectos distintos: o primeiro era a epidemiologia do controle da doença em escala social e o segundo era baseado em clínicas que precisavam restaurar a força de trabalho direito ao atendimento médico, somente para pessoas que fazem parte do sistema de previdência social.

Nos anos seguintes, o governo militar concentrou o poder de decisão e fez grandes investimentos em alianças com escritórios privados no país. Naquela época, o vestuário das pessoas em termos de saúde pública e a sua valorização era muito baixa, principalmente pelo acesso às tecnologias mais avançadas, o que fez com que a intervenção dos cuidados de saúde tornasse-se um curativo altamente especializado, médico e personalizado, acrescenta Mendes, “A intervenção da elite, devido aos seus privilégios, tem recebido muito pouco investimento, ganhando muito menos valorização, de modo que alguns profissionais ‘resistem aos heróis’ para as implementar.” (MENDES, 1999)

Com a privatização a saúde pública para os brasileiros de baixo poder aquisitivo ficou ainda mais escasso, tendo em vista que a elite continha seus privilégios. Como o modelo de assistência médica tinha dois véis. Pode-se observar que o foco principal não era a população e sim a restauração da força de trabalho para que o desenvolvimento econômico não parasse, dessa forma dando maior assistência aos trabalhadores que eram assegurados pelo o sistema de previdência social.

Com isso, certas classes sociais foram excluídas do sistema público de saúde, esta crise coexistiu em grande parte com outras crises desencadeadas pelo sistema designado,

período que se caracterizou não só na saúde, mas também nos setores econômicos e sociais (RODRIGUEZ NETO, 1994).

Inspirado por essa crise, ele viu alguns profissionais de saúde se mobilizarem e estiveram preocupados com a assistência prestada às pessoas com dificuldades de acesso e tratamento na maioria das sociedades. Diálogos com profissionais de outros setores do movimento crítico, como políticos, intelectuais, sindicalistas e lideranças populares, mostraram o impacto do atual sistema econômico no acesso das pessoas aos serviços médicos. Propuseram-se propostas de um novo modelo de pensamento e conceitos de saúde diferentes para humanos e universalidade, porém isso só pode ser alcançado por meio de amplas reformas na saúde.

Os principais canteiros de obras do eixo norteador do movimento são universidades e locais de treinamento, onde as pessoas têm uma discussão estrita sobre saúde, sendo assim estabelecido o departamento de medicina preventiva e demais departamentos da faculdade de medicina (GERSCHMAN, 1995). A discussão da campanha de saúde da faculdade é realizada no país por profissionais especializados na saúde pública do país. Os cursos abordam temas como proteção do setor público, participação pública, democratização das condições de trabalho e humanização da enfermagem em busca de soluções eficientes para problemas (CECÍLIO, 1997).

Para Fleury (1997), a reforma da saúde está intimamente ligada à democracia. Como ele viu na proposta, era para atender a ideias igualitárias e mudar as cidades por meio da fiscalização do Estado e da responsabilização da saúde dos cidadãos.

República Popular da China. Por fazer parte do movimento também ser uma busca pela democracia, foi realizado em 1979 o primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde, que propunha o rumo das reformas sanitárias, como um sistema único e universal para a população brasileira. Esse novo sistema proporcionou integridade e descentralização do saneamento, mas o país não priorizou essas novas propostas nos momentos políticos do atual sistema político (RODRIGUEZ NETO, 1994).

No contexto da redemocratização e da crise financeira, a reforma sanitária dos anos 1980 começou por criticar essas características para formular uma proposta abrangente e incorporá-la à Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2008). Segundo Baptista (1998) e Rodriguez Neto (2003), apesar das contradições do texto constitucional, o Brasil é o único país capitalista da América Latina. Nessa década, foi estabelecido um sistema médico universal e inserida uma ampla previdência social. O conceito, a base do universalismo,

combina os campos da seguridade social, saúde e assistência social, e deve ser financiada por impostos gerais e doações sociais.

Com o fim da ditadura, o país mínimo se estruturou, o governo interveio o mínimo possível na economia nacional e o mercado se abriu para a globalização. Esta nova forma de organização do país tem contribuído para que o país não nasça e não intervenha na prestação de serviços privados de saúde, aumentando assim os subsistemas de contratação e agravando ainda mais os problemas das décadas de 1980 e 1990. Portanto, nas últimas décadas, principalmente devido ao processo de redemocratização do país e à grave crise de política de saúde que o acompanha, a saúde tem desempenhado um papel em um sistema pluralista no qual existem vários tipos de assistência. Modalidade, nomeadamente pública, privada e subsistemas gratuitos (CAMPOS, 1997).

A democratização foi de grande importância para que a saúde pública pudesse ser vista com olhares mais afetuosos, pois a grande maioria da população não tinha acesso aos cuidados médicos. Grande força também para que pudesse existir mudanças, os profissionais de saúde foram de grande importância para que essa luta pela assistência à saúde fosse fornecida aos cidadãos brasileiros.

Segundo Campos (1997), o diabólico modelo de prestação de serviços de saúde que se formou no país é neoliberal, proporcionando diversos tipos de assistência, como empregos remunerados, produtores independentes, convênios com instituições, empresas e estatais. Esse modelo hegemônico conta com a mínima intervenção do Estado na fiscalização das ações e serviços, e empurra essa fiscalização para o mercado, mercantilizando a saúde e combinando-a com os interesses comerciais, e incluindo alguns profissionais da região, é difícil estabelecer sistema, expandir os cuidados de saúde.

Portanto, estão criadas todas as condições para o desenvolvimento da estrutura médica privatizada e sua adesão aos discursos. O subsistema público tornou-se cada vez mais precário operou o subsistema público em projetos neoliberais. Em 1997, o próprio campus era o modelo hegemônico de produção de saúde, que se formou no final da ditadura com a redemocratização da sociedade e a instauração do Estado mínimo. Havia conflitos na forma de gestão e geração de ajuda, e essas metas não foram alcançadas A proposta e se mostrou insuficiente para servir a população. São nesses espaços contraditórios que promovem o desenvolvimento de uma outra forma de pensar a saúde pública e tomam contra-medidas e a crise que torna esse momento propício para a criação de um modelo anti-hegemônico (MENDES, 1999). Como complementa Campos,

(...) com base nesses conflitos que as pessoas formaram e fortaleceram um movimento para defender as reformas da saúde, tornando a aprovação de um único sistema médico necessário com urgência no final dos anos 1980. (CAMPOS, 1997)

Sendo assim um sistema muito precário mais de grande influência para a população brasileira, pois era um significativo passo para se ter os serviços de saúde de maneira gratuita e acessível para qualquer pessoa que necessitasse com o intuito de universalizar a assistência à saúde no Brasil.

## 1.2 UNIVERSALIDADE E SAÚDE: UM PRINCÍPIO NECESSÁRIO

O direito à vida é algo insubstituível, tendo em vista que a socialização médica e o direito à saúde é um aspecto imensurável quando se trata de uma nação, pois os cidadãos contribuem com seus impostos e necessitam de uma saúde que se insira no aspecto universal.

De acordo com Cristina Fonseca (2007), o governo de Vargas fosse estabelecido, e o Ministério da Educação e Saúde Pública fosse criado em 1930, como um prenúncio da universalidade da assistência à saúde pública no Brasil. Obviamente, vale a pena examinar mais de perto as questões que vão além do escopo deste artigo. Aqui, é importante primeiro considerar que os esforços nesta direção devem distinguir as limitações históricas do termo "universal". Como Souza e Vieira já mencionaram, “a restauração de sua semântica trouxe a ideia de ‘socialização médica’.” (SOUZA, 1936, p.33)

Dez anos após a criação do Ministério da Saúde, a partir do mesmo posto de anúncio, pode-se observar que esse conceito livrou-se da tendência da morte e a aperfeiçoou como direito social: a assistência. A socialização da medicina se destaca cada vez mais (...)” (VIEIRA, 1945, p. 4).

Com a socialização da medicina destacada no âmbito social, pode-se dizer que a população sem distinção de raça, cor e padrão social terá direito a assistência à saúde sem necessitar de hospitais privados e filantrópicos para ter acesso aos benefícios da prestação de serviço em relação a saúde.

Durval Rosa Borges, prevê o impacto dos ideais ingleses de Beveridge na previdência social do Brasil. Ele se concentrou nas medicinas alternativas em face da liberalização de uma forma mais precoce e específica. O problema "inevitável" da socialização médica (DURVAL, 1943). Com um talento notável para o futuro, ele exorta os médicos a se encarregarem desse processo: As pessoas têm uma preocupação básica: "A medicina gratuita sobreviverá? Ou será

substituído pela medicina nacional totalmente socializada? Essas exigências acabam de chegar a esses anos, pois nossa previdência deve ser unificada e receber instruções claras.” (DURVAL, 1943 p. 77).

Não se trata de rejeição do design, mas de valores relacionados: “Na verdade, não podemos e ninguém pode negar que a socialização da medicina é a única solução adequada para atender a certas necessidades inconscientes das pessoas” (BORGES, 1943 p. 126). Se um tipo de "pessoal médico" não puder ser evitado, então esse salário será reservado para o pessoal médico nas funções de controle, avaliação e prevenção social, de modo que "(...) as clínicas privadas sejam gratuitas e as ideias liberais sejam preservadas" (BORGES, 1943 p. 79) “Medicina preventiva nacional, medicamento gratuito para técnicos médicos” (BORGES, 1943 p. 84).

A medicina de forma preventiva faz com que a sociedade e a saúde pública não entre em colapso, tendo em vista que é essencial para um país fornecer independente do seu formato de negociação, mas que esteja proporcionando a população, saúde e medicamentos de maneira gratuita e de fácil acesso.

Podemos perceber um certo tipo de mudança climática fantasma, que enfatizou que a questão da saúde norte-americana em termos da terrível “socialização médica”. Menos de dois anos depois, o tema foi mantido como um dos cinco temas do terceiro Congresso da Bohemian Association. São Paulo tem líderes do pensamento médico, como Humberto Pascale, Samuel Pessoa e Durval Borges.

No darwinismo social sorrateiro, a saúde como um direito social é reconhecida como a "evolução" natural da sociedade, e só existe a melhor maneira de encontrá-la: "A socialização da medicina entre nós é uma realidade. Ela atingiu a capital e o campo. Não faz sentido querer ou não querer. Devemos aceitá-lo e nos esforçar para torná-lo justo e útil” (BENEVIDES, 1951, p. 481). Num mundo politicamente polarizado, uma forma de coordenação entre a solidariedade e os "deveres" médicos e o liberalismo continua a ser considerada, tema sempre envolto na névoa da União Soviética.

Em outras palavras não há o que ser discutido, pois a melhor maneira de evoluir uma sociedade é proporcionando a esta uma saúde igualitária, de fácil acesso e justa e útil para todo e qualquer cidadão, pois o direito à vida é inquestionável quando se trata deste contexto.

São cerca de 130 páginas dedicadas a este tema na ata do encontro, o que mostra que em um país sem a orientação da doutrina socialista, há uma contradição na socialização "unilateral" da medicina. Desde que a sociedade brasileira esteja alinhada com o capitalismo, a segunda opção é obviamente a única opção aceitável, e o seguro previdenciário é visto como

a melhor forma de obter medicamentos para a saúde. Durante décadas, a tensão semântica infinita do conceito de "público" provou esse ponto, marcando uma séria oposição à consciência nacional de "nacionalização de serviços" (a liberdade de escolha dos médicos não é um detalhe na ideologia liberal):

A socialização é um processo mais amplo em que os serviços pertencem à comunidade e são prestados gratuitamente, sendo que o Estado não os utiliza em benefício próprio ou de outrem. ... É prestar assistência médica às pessoas como serviço público. ... Serviço público prestado a todos, independentemente dos bens que possuam, o médico não é pago directamente pelo cliente, mas sim pelo Estado ou instituição médica. O livre arbítrio do médico geralmente desaparece, embora haja algumas exceções importantes. Por exemplo, na Inglaterra, o livre arbítrio é possível, mas há certas restrições (BORGES, 1951, p.448).

O notório comunista Samuel Pessoa, admitia que a ligação se baseava no pressuposto de que por inviabilidade operacional ou porque os salários só ajudariam a "aumentar a classe dos exploradores". (PESSOA, 1951, p. 17)

O “eixo” da saúde socializada não é diferente: “Organizar postos e centros de saúde para torná-los verdadeiramente eficazes será o eixo da assistência médica e sanitária socializada no futuro(...)” (PESSOA, 1951, p. 519). Esse tipo de socialização não pode aceitar a desarmonia atual entre Esculapio, Siggia e a filha da panacéia: “As atividades do hospital estão completamente fora de sintonia com a saúde pública (...) Ambos foram concluídos, porque a pública O plano de saúde é iniciado antes que o indivíduo nasça, dura a vida inteira e continua a existir mesmo após a morte” (PESSOA, 1949, p.553).

No entanto, ao contrário das previsões de Pessoa, as interações políticas e sociais das décadas seguintes - sem deixar de lado a função orientadora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - desaceleraram os debates sociais e setoriais e reduziram o desempenho público da saúde. O problema do acesso aos medicamentos acabou sendo transferido para a política previdenciária (POSSAS, 1981).

Nos dez anos seguintes, a radicalização do pensamento em saúde desencadeou uma reversão desse processo, principalmente devido ao trabalho do Centro Brasileiro de Pesquisas em Saúde (Cebes). Seu arcabouço discursivo foi estabelecido no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, em 1979, quando foi aprovado como princípio “(...) o direito à saúde é um direito universal e inalienável” (CORDEIRO, 2004). Como a integração da saúde e do holismo, a socialização da saúde está claramente incluída no conceito de universalidade.

As atualizações políticas e terminológicas na prática da saúde nos anos 1970 fizeram com que, na década seguinte, não houvesse mais nenhuma referência à “socialização médica”. No final da era da saúde, Mascarenhas, respondeu à sua própria pergunta com um classicismo

obviamente ultrapassado: “É inevitável a socialização dos serviços médicos? Podemos dizer, especialmente nos países em desenvolvimento, A grande maioria da população depende de salários muito baixos e inflexíveis para sobreviver.” (MASCARENHAS, 1976 p.114)

Visivelmente distante do pensamento clássico, a sétima CNS, com seu icônico PrevSaúde, marca uma trama indelével os conceitos da integralização, regionalização, descentralização e universalidade nas políticas nacionais (BRASIL, 1980). Discurso, conceitos e mentalidade estão mais próximos do que nunca.

De acordo com Paim (2012), foi na década de 1980 que adotamos uma grande campanha denominada Campanha de Saneamento, com o mote “Saúde para todos em 2000”, e fizemos grandes avanços nesta e em outras políticas. Reforma sanitária refere-se a projetos realizados no Brasil ao longo das décadas de 1970 e 1980, com o objetivo de reformular o sistema de saúde. Seu projeto prevê o estabelecimento de um sistema único de saúde para acabar com a dupla ordem do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica do Seguro Social (INAMPS).

Em 1986, na Oitava Assembleia Nacional de Saúde, o movimento de reforma da saúde proposto para substituir o sistema de saúde atual por um sistema de saúde unificado foi legalizado em todo o país. Neste encontro, os departamentos organizados participaram amplamente na população, sendo esta a primeira vez que têm uma presença efetiva, o que não existia na anterior Assembleia Nacional de Saúde (COSTA; CORREIA. 2009, p. 124).

A 8ª Assembleia Nacional de Saúde foi um ponto chave no processo de implantação do SUS, durante o qual foi criada e discutida a base de funcionamento. Costa Correia (2009) referiu que esta política passou a ser regulada pelas Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90, cujos princípios definem os métodos de trabalho do conselho e a participação popular, desde então tem vindo a ser continuamente melhorada e mais planos, planos e projetos são criados, e mais e mais desses planos.

A Lei nº 8.080 / 90 estipula as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e regula a ação, organização e funcionamento do serviço nacional de saúde. De acordo com essa lei, a saúde é entendida como um direito humano básico, devendo o Estado proporcionar as condições necessárias para o exercício pleno da saúde. A Lei nº 8.142 / 90 prevê a participação da comunidade na gestão do SUS e o repasse intergovernamental governamental de recursos financeiros na área da saúde portanto essas duas leis estão em vigor até os dias de hoje (AGUIAR, 2015).

Atualmente vivemos uma era de desenvolvimento, exclusão social e políticas que teoricamente podem atender às necessidades sociais, mas essas políticas passaram por vários

impasses para que possam jogar sua verdadeira natureza social de acordo com seus próprios desejos. É importante destacar que a universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde.

A adoção desse princípio fundamental, a partir da Constituição Federal de 1988, representou uma grande conquista democrática, que transformou a saúde em direito de todos e dever do Estado.

Segundo Harvey (2009), existe hoje um sistema denominado pós-moderno. Nesse período, o autor nega qualquer possibilidade de sua eficácia, pois além de defender o relativo ensaísmo que se sobrepõe aos interesses de classe com as necessidades gerais, também visa redefinir a modernidade do país através da lógica de mercado para fortalecer as condições econômicas do sistema capitalista e impor restrições à eficácia das políticas sociais.

O pós-modernismo trouxe uma série de desenvolvimentos tecnológicos e industriais que, portanto, levarão à abolição e privatização das políticas públicas o mesmo que a saúde.

Esse problema não se resolverá aqui, mas o que é preocupante é que, considerando as restrições orçamentárias, a tendência de privatização do sistema de saúde no Brasil - a proibição da cobertura universal e integral do SUS; o tamanho do mercado de seguro saúde; e o nível de despesa privada das famílias. Afinal, grande parte dos trabalhadores e servidores públicos que integram o mercado de trabalho formal acabará por gastar recursos financeiros com a aquisição de planos médicos para consumo de produtos e serviços médicos em hospitais (OCKÉ-REIS, 2012 p. 51; 52).

Depreende-se dos autores acima que o desenvolvimento do capitalismo e suas mudanças graduais não só causaram desemprego em massa, mas também cancelaram as políticas sociais necessárias para atender às necessidades de toda a sociedade, afetando assim a sociedade que busca serviços privados, porque tantas As políticas públicas estabelecidas pela luta estão garantidas pela Constituição atual e, portanto, não podem apoiá-las para atender a todas as necessidades.

No entanto, há também um aspecto bom em todos estes desenvolvimentismos. Como complementa Costa Correia, que afirmou o momento crítico desde o seu surgimento até à atualidade. Os avanços alcançados são inegáveis, pois antes disso, o controle social era conceituado como o controle do controle do Estado sobre a sociedade, hoje temos o controle social como a participação na fiscalização dos serviços de participação social, onde a

sociedade pode ser fiscalizada por meio de conselhos e reuniões e reivindicar seus direitos sociais. (CORREIA, 2009)

Vale ressaltar os aspectos contraditórios entre esses mecanismos e a participação institucionalizada no campo da saúde, pois embora tenham sido conquistados sob pressão, ainda podem constituir mecanismos de legitimação do poder governante e de participação nos movimentos sociais. No entanto, na perspectiva de ampliar a denominação da nova hegemonia, eles também podem se tornar espaços de participação massiva de grupos e controle social (COSTA; CORREIA, 2009, p. 125).

A existência de saúde física e mental está relacionada a uma série de condições mutuamente irreduzíveis, subjetividade, cultura e lazer, a relação com o meio ambiente. Pelo contrário, é o resultado de uma série de experiências sociais, personalizadas em todos os sentidos e vividas no corpo humano, mas também, não o esqueçamos, que são biológicas. A visão de saúde dos não reducionistas deve restaurar a singularidade individual e a subjetividade na relação com os outros e com o mundo (VAITSMAN, 1992 p. 171).

Ainda segundo Vaitsman, o pesquisador está considerando uma série de direitos ao considerar a saúde de hoje, incluindo reviver em bases sociais, fortalecer vínculos e facilitando a vida dos cidadãos, ou pelo menos deveria considerar isso como um direito. Os direitos trazem uma ampla gama de benefícios garantidos constitucionalmente.

Atualmente a saúde é diferente da saúde curativa. O conceito de saúde é que não há doença. Para Vaitsman (1992), com o desenvolvimento da sociedade, seu conceito é mais amplo e vai além do âmbito da prevenção. A experiência está relacionada a múltiplos aspectos necessário, e a prevenção torna-se mais complicada. Os seres humanos são conceituados como estágios de bem-estar físico, mental e social, e não carecem mais de doenças.

No sentido mais amplo da Organização Mundial da Saúde (OMS), ele é produzido pelas condições de alimentação, moradia, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e políticas sociais garantidas pela Constituição, que contribuirão para o atendimento do referido outras necessidades.

Além do sofrimento físico e psicológico, os seguintes direitos são o direito à saúde: o direito ao acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, o direito à atenção integral à saúde, o direito à prevenção de doenças, danos, lesões e riscos, tratamento e reabilitação, atendimento imparcial e de qualidade, informações sobre o seu estado de saúde e de sua família, informações sobre as rotinas, operações e recursos do departamento de saúde, participação direta ou indireta no controle social, serviços prestados, escuta (escuta individual e coletiva), E ouça em consultas médicas e outros atendimentos médicos para obter seus prontuários e exames

médicos, bem como medicamentos básicos e contínuos (VASCONCELOS.2009. P. 260).

No período pós-moderno de nossas vidas, as pessoas aprenderam que nossa filosofia de saúde hoje é trazer às pessoas melhor bem-estar e qualidade de vida, o que é obviamente prevenir, proteger e se recuperar de doenças de acordo com a Constituição Federal (1988), do nascimento à morte, para melhorar a saúde da população, apostar nos aspectos positivos da vida e encontrar formas mais eficazes de resolver os problemas da população. O sistema médico único deve zelar pelo estado natural da sociedade.

É inegável que, embora o SUS tenha avançado muito ao longo dos anos, também afetou a qualidade de seus recursos, incluindo a falta de profissionais capacitados, a falta de remédios nas farmácias públicas, o telefone à espera para cirurgia e a falta de manutenção elétrica. O propósito da criação do SUS é atender às necessidades das pessoas, não deixá-las ser manipuladas pela falta de comprometimento dos gestores.

No que diz respeito à OMS, o SUS ainda não consegue operar da forma que deveria, nem funciona como o esperado quando foi criado, pois existem muitos impasses em sua real efetividade, portanto, o sistema não é adequado para todos, Mas se aplica a muitas pessoas. No entanto, seu tremendo desenvolvimento é inegavelmente considerado um dos sistemas de saúde mais completos do mundo hoje.

Na visão de Mendes (2002) e Mendes (2007), os convênios de saúde possuem alguns pressupostos teóricos, estes conceitos estão relacionados à saúde de escala, economias de escala, escopo de saúde, rede de saúde e convênios federais e a rede de atenção é construída por meio de linhas de cuidado. Esses autores chamam de estratégia para influenciar campos de decisão de forma organizada para encontrar soluções para problemas sociais complexos. Eles entendem que, por meio da internet, os atores reconhecem a importância de trocar tecnologia, política, informações e formas de negociar para encontrar objetivos mais comuns. Na construção da rede, o objetivo é difundir o poder, melhorando a capacidade do estado e dos participantes com poder parcial de tomar decisões conjuntas. No que diz respeito ao acordo, a instituição universitária regional de gestão está decidida a estabelecer um espaço de governança.

Quando Mendes (2002) falou sobre a rede, mencionou que a rede de atenção tem três funções:

Função solução, função coordenação e função responsabilização. A função solução é inerente ao meio de atendimento médico, e sua função é resolver ao máximo importante e O problema mais saudável. A função de coordenação relacionada às

funções do centro de comunicação inclui organizar o fluxo e a contracorrente de pessoas e coisas através dos vários pontos de cuidados de saúde da rede; e a função de responsabilização inclui o uso comum do usuário em qualquer ponto médico atendido pelo usuário. Responsável pela saúde. (MENDES, 2002)

Mendes (2007) também apontou sobre a falta de sistemas de informação. Atenção primária à saúde de baixa qualidade; o papel da atenção profissional; uma cultura organizacional baseada na autonomia do serviço; incentivos econômicos contrários ao estabelecimento de redes de atenção à saúde; fragilidades na gestão integrada do sistema de saúde; apreciação relativa do usuário pela atenção secundária e terciária ações. Há pouca tradição de utilização da gestão clínica, a fragilidade do sistema logístico de saúde é um entrave para a implantação da rede de atenção à saúde. Todos esses aspectos afetarão enormemente a implementação e do tratado.

O pacto pela saúde está dividida em três dimensões. O primeiro aspecto é o conteúdo do “Contrato de Vida”, que estabelece a meta de mobilizar a saúde a partir dos compromissos em saúde e gestão que o SUS deve cumprir. Baseia-se na política de resultados, e quando trabalha com as propostas de metas que indicam a realidade de cada estado ou município, respeita os compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados (DEUS, 2006).

As dimensões que o Pacto pela Saúde objetiva, é de grande valia para a população, pois o saneamento básico interfere bastante na saúde da população, assim como também focar nos resultados para serem obtidos de acordo com cada estado e município partindo a realidade de cada um.

Esse pacto pela saúde alterou fundamentalmente a forma de convênio do SUS por violar o convênio estabelecido pelas especificações operacionais (Regulamento Básico de Funcionamento - NOB e Regulamento de Assistência à Saúde - NOAS) voltado para as especificações operacionais, alienando assim o compromisso usual de efetivas obras de implantação. O resultado de tudo isso foi que precisou ser renegociado e gerenciado por meio dos resultados de saúde. Dessa forma, os dois comitês interinstitucionais (CIBs) terão papel de liderança, pois devem rever as necessidades e a saúde da população e propor metas que reflitam a real situação de cada estado (CONASS, 2006).

De acordo com a pesquisa do Conass (2006), a "Convenção de Vida" enfatiza as prioridades: saúde dos idosos; controle do câncer cervical e do câncer de mama; fortalecer a atenção primária/primária à saúde; reduzir a mortalidade infantil e materna; fortalecer a resposta a emergentes e endêmicas doenças, apacidade de se concentrar na dengue,

hanseníase, tuberculose, malária e gripe, além de promover a saúde. O segundo aspecto é a “Convenção de Defesa do SUS”. Essa dimensão visa discutir questões de saúde pública e a politização do SUS, revisar os princípios da reforma sanitária e enfatizar os direitos garantidos na Constituição (integridade, equidade e universalidade do SUS). Busca consolidar “(...) a política de saúde pública do Brasil é uma política nacional, não uma política de governo” (LUNARDI; COSTA; CHAVER; 2005).

O Ministério da Saúde (2006) destacou que a prioridade é a implantação de um projeto de mobilização social permanente, uma das metas é tornar a saúde um direito do cidadão, o SUS como sistema público universal, formular e divulgar a Carta. Usuários do SUS porque a informação é um direito dos cidadãos, é um direito dos indivíduos de aprender e determinar a sua própria situação (LUNARDI; COSTA; CHAVER; 2005).

Nesse sentido, o financiamento da saúde tornou-se um tema central de discussão. A “Convenção de Defesa do SUS” tem como prioridade a implantação de um projeto de mobilização social, cujo objetivo é:

- a) considerar a saúde um direito do cidadão e o SUS como um sistema público universal de proteção desses direitos; b) concretizar a emenda da Constituição no curto prazo As disposições do "Caso". Aprovado no Congresso Nacional no dia 29;
- c) No longo prazo, garantir que o orçamento e os recursos financeiros para a saúde sejam aumentados; d) Aprovar o orçamento do SUS composto por orçamentos para três áreas de gestão, explicando os compromissos de cada área; e e) Elaborar e divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (CONASS, 2006).

Mesmo com esses pactos tendo a perspectiva de melhorar a saúde brasileira, é visível que caos ainda existe no SUS e que muitos cidadãos que necessitam da saúde e muitas vezes não tem a quem recorrer. São inúmeros desvios realizados na saúde pública do Brasil, deixando a população à mercê, na qual o objetivo primordial da universalidade a saúde era o amparo as pessoas que não podem pagar por um plano de saúde hospitalar.

## **CAPITULO II – SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE: UMA RELAÇÃO NECESSÁRIA**

Os trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social - SUAS precisam ter amplo conhecimento em diversos campos. Afinal, sua conexão com outras políticas públicas é muito comum. Uma das dúvidas mais comuns sobre o tema é o papel dos assistentes sociais na saúde. É comum que as necessidades de saúde apareçam na assistência social. Quando isso

acontece, a assistente social encaminha o usuário para, por exemplo, um ambulatório. No entanto, esses locais costumam estar superlotados. Às vezes o atendimento é demorado e, quando isso acontece eventualmente, o paciente é encaminhado para outro profissional médico, o que não é eficiente. Em várias etapas, não há recepção. Os usuários vulneráveis eventualmente desistiram do tratamento. Para o indivíduo, isso é um esgotamento, para o governo é caro. Como política de garantia do direito à proteção social, a assistência social por meio da atuação dos assistentes sociais e demais profissionais desempenha um papel fundamental no processo acima referido e no processo de melhoria.

Em primeiro lugar, os profissionais da assistência social precisam superar o sentimento de subordinação, que ainda é comum em muitos municípios do Brasil. É necessário que eles corrijam suas posições. Uma vez que a lei garante sua autonomia e poder de decisão para o desempenho de seu trabalho, o papel dos assistentes sociais em saúde é fundamental para a melhoria dos serviços dessas duas políticas públicas. Afinal, o processo saúde-doença é primeiro definido socialmente. Além disso, somente os profissionais da assistência social podem controlar os fenômenos sociais, culturais e econômicos de seus usuários.

## 2.1 DEMANDAS DOS ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE: UMA GARANTIA DE DIREITO

As demandas do assistente social na saúde são inúmeras, tendo em vista que este profissional tem seu trabalho como base para o melhor desenvolvimento das práticas de saúde, o cuidado com os usuários e principalmente a garantia da integridade e humanização da sociedade como um todo.

No campo da saúde, a universalidade foi discutida de forma simbólica, e no âmbito do princípio da integridade, do campo da ética e da própria política de saúde, especialmente como princípio norteador da atual “Humanização do País”, inclusão no campo de prática discutida. No campo da saúde coletiva, a tolerância tem sido entendida como um dispositivo capaz de mudar o modelo de assistência técnica em saúde, tendo como alicerce o desenvolvimento de práticas que levem em conta o princípio da integridade e garantam o acesso, o vínculo e a humanização. (CAMPOS, 1997)

Repleto desse tipo de discurso, tem ressoado em experiências que buscam reorganizar os fluxos de trabalho e modificar a lógica do cuidado, e essas vivências agora se concentram

no acesso dos usuários ao sistema de saúde. Nesse sentido, muitos estudos têm sido desenvolvidos sobre o tema, mas ênfase tem sido dada ao escopo da atenção primária. De acordo com a discussão do novo modelo médico de Merhy et al. (1997) considerando os princípios norteadores do SUS, é necessário repensar a forma de prestação dos serviços médicos e verificar a qualidade dos serviços médicos prestados pelos trabalhadores.

Partindo dessa hipótese, por meio do desenvolvimento de novos modelos de gestão em enfermagem e tecnologias em saúde, é necessário adotar novas formas de pensar e implementar políticas de saúde, que propõem novos métodos de proteção e efetivação dos direitos sociais.

Pode-se dizer que a recepção já possui um documento cuja representatividade pode refletir a visão do autor sobre o conceito, objetivo e referencial teórico. À medida que as pesquisas sobre o assunto se tornavam mais conhecidas, apesar da existência de diferentes pontos de vista, foram descobertos diferentes pontos de vista, que podem ser vistos a partir da base teórica de conceitos opostos. No entanto, parece haver um ponto de partida comum entre eles, de modo que se pode perceber que certas visões não são mutuamente exclusivas.

A partir da discussão do movimento de reforma da saúde, a consideração da reforma dos serviços de saúde deveu-se principalmente à necessidade de modificar o modelo de atenção à saúde usado até então. Portanto, segundo Franco, Bueno e Mercy (2003), a inclusão é o elemento básico da reorganização dos serviços médicos, ou seja, a forma como esses serviços são prestados. Essa reorganização virá primeiro de uma mudança no foco dos serviços centrados no usuário; em segundo lugar, porque quando os usuários se tornam o centro de intervenção, é possível que a partir do desenvolvimento de uma variedade de práticas profissionais, eles reconheçam a necessidade de garantir o acesso e uma atitude resoluta. Criar novos processos e novas dinâmicas de cuidado. Humanização do atendimento. (FRANCO, BUENO, MERHY, 2003)

Esses autores acreditam que o maior questionamento é responder ao seguinte questionamento: Como os usuários ingressam no sistema de saúde quando os trabalhadores de saúde aceitam e buscam soluções para suas necessidades? Como regra de negócio, além de inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, é bem-vindo a expressar os seguintes princípios: a) Servir a todos para garantir o acesso universal aos serviços médicos. b) Reorganizar o processo de trabalho e formar uma equipe multiprofissional que o acolha, portanto, todos os profissionais de saúde têm participado do atendimento direto aos usuários, melhorando assim o nível de serviço da unidade. c) A

elegibilidade para as relações de trabalho deve basear-se nos parâmetros do humanitarismo, solidariedade e cidadania. (FRANCO, BUENO, MERHY, 2003)

Para solucionar a reorganização do processo de trabalho, é necessário o estabelecimento de vínculo, condição básica para sair da ordem de "agenda de consultas" e continuar assumindo o sistema de responsabilização das equipes multiprofissionais. Isso significa que enquanto a equipe tiver autonomia para resolver obstáculos e mobilizar recursos para a saúde, a equipe deve prestar contas ao pessoal cadastrado (CAMPOS, 1997).

O autor ainda defende a revisão do conceito de cura para que ocorra a ampliação do COEFICIENTE DE AUTONOMIA e defende que "(...) os serviços de saúde deveriam trabalhar para aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades de lidarem com (as) dificuldades, eliminando-as ou recebendo apoio para reduzir seus efeitos maléficos (...)" (CAMPOS, 1997, p. 50). O aumento da capacidade de autonomia do paciente exige da equipe de saúde um olhar e uma abordagem pautada na integralidade.

Isto requer o entendimento de que a cura e a promoção da saúde estão ligadas ao meio social e à história psíquica de cada sujeito. Para se chegar a essa compreensão, é valorizada a necessidade da fala e da escuta dos usuários. Portanto, contato e acolhimento fazem parte da proposta de redesenhar a clínica para estabelecer uma nova relação com o cliente. Para tanto, Campos (1997) assegura que, ao fortalecer o vínculo entre os profissionais ou equipes de saúde e os usuários, mudanças podem ser feitas na prática clínica, o que é uma ferramenta potencial para essas mudanças.

Desta maneira, compreende-se que é de suma importância o vínculo entre profissionais e pacientes, partindo assim da óptica de sempre poder escutar a fala destes para que se possa haver mudanças significativas nestes aspectos, pois se torna comum na sociedade o paciente não ter voz ativa e se prejudicar por não haver essa abertura de fala e escuta com os profissionais.

Portanto, Campos complementa que,

A ideia desta ligação não está apenas relacionada com a procura de uma maior eficácia (aumentar a percentagem de cura), mas também com a ideia de criar um espaço propício à produção de sujeitos autônomos: os profissionais e os pacientes. (CAMPOS, 1997 p. 53).

Essa conexão também visa introduzir uma das formas mais eficazes de controle social que os próprios *stakeholders* já vivenciaram e, ao mesmo tempo, gerar cuidado. Campos, acredita que no sistema público, o conceito de acolhimento deve "ser tanto voltado para a necessidade de abertura dos serviços públicos, quanto para as ocupações responsáveis por todos os problemas de saúde de uma determinada área." (CAMPOS, 1997 p 63)

Portanto, quando houver um razoável equilíbrio dialético entre autonomia e responsabilidade dos trabalhadores de saúde, esse modelo de atenção que considera o contato e a aceitação terá sucesso, pois será um modelo que tende a se descentralizar. Promover a produção de serviços de saúde. Cuidado e um maior grau de democratização.

Outro autor que discorre sobre o assunto é Teixeira que enfoca no aspecto da comunicação e assume que a essência do trabalho em saúde é o diálogo. Segundo ele, isso porque, no setor saúde, as conversas mais comuns que as pessoas veem são as conversas, mesmo as conversas que acompanham outros processos são feitas antes, durante e depois do processo, e podem ser individuais e em grupo, sem parar. O diálogo de boas-vindas será uma técnica de conversação especial porque é uma qualidade de conversação especial e uma possibilidade real que é proposta ou promovida através de "técnicas de conversação universal". (TEIXEIRA, 2005)

O autor enfatiza que acolhimento não deve ser confundido com atendimento imediato, para que não atinja seu limite de esvaziamento conceitual. Portanto, a rede de suporte técnico pode ser entendida como uma rede de diálogo, pois cada momento do diálogo pode envolver várias atividades técnicas específicas e cada nó fixo nesses momentos corresponde a um encontro entre profissionais e usuários. Graças à tecnologia do diálogo, todos os espaços disponibilizados podem ser interligados, o que permite aos utilizadores a maior possibilidade de transmissão através da rede (ou seja, maiores direitos de acesso), transformando-se assim num espaço coletivo de diálogo (intersetorial).

Ao discutir o acolhimento, Silva Júnior e Mascarenhas (2006) afirmam que eles podem ser considerados sob três aspectos: como gesto, como tecnologia e como princípio de serviço. Quanto à compreensão da atitude de acolhimento, a autora afirma que "toma como premissa a postura dos profissionais e equipes de saúde, e aceita com humanidade, escuta e trata os usuários e suas necessidades, portanto, um interesse comum entre profissionais e usuários estabelecido. A relação entre confiança e apoio "(SILVA JUNIOR e MASCARENHAS, 2006, p. 243).

Quanto aos aspectos técnicos, o "acolhimento" teve importante influência na organização dos procedimentos e ações. Tais ações favorecem a escuta, a análise, a discriminação de riscos e o alcance de soluções ou alternativas pactuadas para os problemas requeridos (SILVA JUNIOR, MASCARENHAS, 2005, p. 245). Nesse sentido, enfatizaram o Trabalho multidisciplinar e a possibilidade de intervenções enriquecedoras pela inclusão de novos agentes. Como princípio norteador do serviço, recomendam que as sugestões de

acolhimento façam parte do projeto institucional, e as sugestões orientam os trabalhos realizados.

Ao modificar a composição do trabalho da equipe, buscando a imagem do agente no processo seletivo, o conteúdo empresarial de treinamento, supervisão e avaliação de pessoal, evidencia-se que o processo de trabalho e as necessidades de saúde mudaram.

O método de acolhimento do ponto de vista ético deriva de uma proposta humanizada, cujas ideias provavelmente farão avançar o debate sobre o assunto. Para Farias

O acolhimento é entendido como uma estratégia humanizada, mas no plano da saúde, como em outros campos, é supérflua para as relações interpessoais. Implica relações políticas, profissionais e pessoais em diferentes campos de conflito. (FARIAS, 2007 p. 40),

Nessa perspectiva, os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH) pautam-se pela integridade, mas com o desenvolvimento da prática médica, o referencial da bioética tem se mostrado importante. Porém, “(...) atualmente, sua aplicabilidade ultrapassa as fronteiras nacionais e entra em situações cotidianas, principalmente em termos de desigualdade social no acesso aos cuidados de saúde.” (FARIAS, 2007, p. 42).

O motivo do acolhimento é que as pessoas entendem que as relações interpessoais são a base das práticas de saúde e, por se tratarem de relações humanas, podem gerar conflitos morais e fazer parte das políticas públicas, que podem não concretizar o direito inviolável à saúde. Porém, nesse sentido, o autor aponta que as dificuldades de implantação do trabalho de hospitalidade correspondem aos determinantes organizacionais impostos, pois a estratégia de hospitalidade é uma estratégia que visa superar as fronteiras tecnológicas e garantir o acesso e promover vínculos com a saúde.

Fonseca et. al. (2006), aponta a recepção como um guia da PNH, mas não exclui o referencial ético. Embora compartilhe e defenda a ideia de modificar o fluxo de trabalho e inverter o modelo médico-centrado, nessa abordagem a autora acredita que acolher é uma “atitude ética significativa” adotada pelos profissionais de saúde. Desse modo,

(...) bem-vindo pode ser visto como uma atitude de aceitação, integração e tolerância. Atividades envolvendo pessoas serão conduzidas em uma atitude bem-vinda ou indesejável. Isso vai depender da intenção entre acolher e acolher. (FONSECA et al., 2006, p. 28).

Portanto, a humanização será promotora da esperança e da solidariedade social, e nela estão implícitas ideias como tolerância, responsabilidade e respeito. O conceito de acolhimento tem dois pressupostos: o primeiro é resolver as necessidades de saúde (MEHRY,

1994), o primeiro é resolver as necessidades de saúde. O segundo ângulo é Miranda e Miranda (Miranda e Miranda, 1990) expõe sobre os destinatários e as perspectivas dos destinatários. Para esses autores, “(...) o ajudante carece de certas qualidades, e o ajudante precisa de ajuda interna. Portanto, acolher é receber com carinho o ajudante, transmitir sua aceitação e interesse, e fazê-lo sentir Atenção” (MIRANDA E MIRANDA, 1990, Apud FONSECA et al., Al, 2006, p. 32).

Conforme mencionado anteriormente, no âmbito do serviço social, as discussões unânimes são bem-vindas, o que, levando em consideração as necessidades cotidianas dos profissionais desse setor, tem gerado uma lacuna no pensamento e na prática da área da saúde. Porém, considerando a pesquisa realizada com assistentes sociais, os dados mostram que o trabalho de acolhimento é realizado principalmente por esses profissionais, e sua prática tem sua particularidade no âmbito do conceito de acolhimento e seu desenvolvimento. Primeiramente, observe as características multidimensionais da definição de recepção, ou seja, observe que nenhum elemento específico penetra na definição de recepção do serviço social, mas um conjunto de elementos entrelaçados, como ouvir a voz do usuário, forneça as informações e conhecimentos necessários.

Conforme já apresentado no primeiro item, a política de saúde reconhecida no texto constitucional como “direitos e deveres de todas as pessoas do país” vem sendo implementada e implementada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Iamamoto (1982), trata-se de uma série de desigualdades na sociedade capitalista, que se expressam influenciando na determinação econômica, política e cultural das classes sociais.

Segundo o artigo 196,

A saúde é direito de todas as pessoas e obrigação do Estado, e é garantida por políticas sociais e econômicas que visam a redução dos riscos de doenças e outras enfermidades e o acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e reabilitação. (BRASIL, 1988).

Assim, entende-se que a saúde não é para ser um privilégio e sim um direito para toda a sociedade. Desta forma o SUS é a base para essa abrangência da política de saúde no país, porém numa nação capitalista extremamente desigual é notório que a saúde não chega a todos os cidadãos de maneira adequada.

Art. 3º A saúde tem fatores determinantes e regulatórios, incluindo alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e as condições necessárias para a obtenção de bens e serviços; o nível de saúde da população representa a sociedade do país e Organização da economia (BRASIL, 1990, 04).

O trabalho social é a base da profissionalização do trabalho e a base dos problemas sociais. Nessa perspectiva, a atuação profissional deve estar pautada na expressão de recomendações voltadas ao enfrentamento das questões sociais que afetam os diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços baseados em organizações de ação de média e alta densidade.

Prestar atendimento direto aos usuários nesses espaços: Na estrutura da rede de atendimento brasileira, esses espaços podem ser desde centros e centros de saúde, policlínicas, institutos de pesquisa, maternidades, hospitais gerais, emergenciais e especializados, independentemente da ocasião. Incluindo hospitais universitários, sejam os governos federal, estadual ou municipal, aos quais a ajuda substancial está vinculada

O assistente social expandiu sua atuação profissional para além da ação direta com os usuários, mas também se dedica ao planejamento, gestão, consultoria, pesquisa, formação de recursos humanos e mecanismos de controle social (diretorias e reuniões). Os atributos a serem explicados podem ser desenvolvidos em diferentes espaços, mas certas operações dominam na área de trabalho.

Acredita-se que os profissionais de saúde desenvolvam suas condutas profissionais nas seguintes áreas complementares e indissociáveis: assistência; em equipe; educação social; mobilização, participação e controle social; pesquisa, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

## 2.2 O CONTROLE SOCIAL E OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ÂMBITO DE INTERNAÇÃO POR MEIO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

O controle social parte da perspectiva de propor os mecanismos de controle e implementação desses, desta forma é possível observar suas diferenças e contradições realizando uma análise dos aspectos proposto, pois são questões importantes e valiosas para a sociedade.

Dois pontos de análise são essenciais para compreender as contradições que cercam as limitações e possibilidades do controle social hoje. O primeiro é entender a diferença na situação de propor mecanismos de controle social para implementar mecanismos de controle social (Bravo, 2006). A segunda questão está relacionada com a primeira questão, principalmente porque, nos anos 1990, a relação entre o Estado e a sociedade civil era a base desse debate. O mercado privatiza a seguridade social e a fiscalização sanitária dos

medicamentos, o que levanta dúvidas sobre a tendência hegemônica de se obter a assistência médica como fonte de lucro.

A luta pela saúde relacionada com a redemocratização do país é o tema da Oitava Assembleia Nacional de Saúde, que é marcada por "Democracia é Saúde" e está aberta aos trabalhadores e à população pela primeira vez na história do encontro da saúde. A participação em saúde é definida como "uma série de intervenções realizadas por diferentes forças sociais para influenciar a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas no setor saúde" (MACHADO, 1986 p.299). Durante a Oitava Assembleia Nacional de Saúde, as forças sociais e políticas reuniram as políticas nacionais de saúde e as alternativas sociais no projeto da reforma sanitária, tendo como expressão importante o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRAVO, 1996).

Diversas entidades de saúde organizadas na sociedade civil, entre elas o "Movimento Sanitário em Massa" (Mops), passaram a fazer parte do "Movimento pela Reforma Sanitária" (MRS). No entanto, no esfregão,

(...) há disputas internas sobre sua posição em relação ao estado. Algumas pessoas defendem a adoção de políticas de ação institucional, ou seja, o estabelecimento de uma relação direta com o Estado, e algumas pessoas defendem a adoção de políticas de ação independentes das políticas governamentais (GERSCHMAN, 2004).

Essa polêmica gerou divergências de posicionamento quanto à participação no comitê de saúde. Neste momento estratégico, vai contra o movimento da saúde. O primeiro defende a autonomia e independência do país, e o segundo defende o exercício do poder no interior do país para implementar as mudanças que se fizerem necessárias na política de saúde.

Percebe-se que há duas vertentes em relação a participação no comitê de saúde, porém é necessário visar e se adequar aquela que vá tentar suprir as necessidades no âmbito da saúde para que a população possa está sendo amparada por essas políticas, tendo em vista que a saúde é um serviço essencial para longevidade de uma nação.

A análise de Coutinho (2006) esclareceu que no contexto de oposição da sociedade à ditadura e à redemocratização do país, o termo controle social é designado como um pré-requisito para o controle da sociedade civil sobre o país. O autor destaca que sociedade civil se tornou sinônimo de todos os países que se opõem a ditaduras. O autor explica que

(...) a conveniência dessa identificação não é apenas porque na linguagem atual, "civil" se refere ao oposto militar, mas primeiro porque na fase final da ditadura, mesmo as organizações ligadas à grande burguesia foram gradualmente surgindo (...) Separe-se do regime militar e adote uma postura moderadamente oposta (COUTINHO, 2006, p. 46). ONDE COMEÇA E TERMINA

Segundo Coutinho (2006), o resultado desse processo é uma interpretação problemática do conceito de sociedade civil: a formação de um par conceitual sociedade civil / Estado unificado em Gramercy é entendida como um pólo de oposição dividido. Coutinho afirmou que

(...) essa relação tem características de uma dicotomia, que se caracteriza por uma ênfase no maniqueísmo. Apareceu um claro sinal negativo, afinal a sociedade civil foi identificada como um grupo de oposição, e o Estado era a expressão da ditadura moribunda da época. (COUTINHO, 2006 p. 47)

Com base nessa oposição entre Estado e sociedade civil, o termo controle social foi cunhado. Enfatiza a importância de revelar o que a sociedade civil fala em limitar esse tipo de poder de controle social, que deriva principalmente da nova expressão da sociedade civil no final dos anos 1980 proposta pelo pensamento neoliberal, que levou ao esvaziamento do tratamento socialista e à despolitização. o mesmo. Na proposta de contra-reforma do país brasileiro, a sociedade é obrigada a se tornar parceira, e o objetivo é financiar o custo dos serviços prestados. A sugestão feita é que o país carece de responsabilidades de proteção social porque é necessário “encontrar soluções inovadoras envolvendo empresas, sindicatos, famílias e grupos comunitários” (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 6).

Desta forma, as organizações da sociedade civil são obrigadas a substituir o Estado. As diretrizes do Banco Mundial exigem que a sociedade civil desempenhe um papel. Em certo sentido, ela tem a responsabilidade da saúde, em vez de pedir ao país que forneça o que não é de sua responsabilidade exclusiva. O documento do Banco Mundial (BM) de 1991 expressa bem o sentido de participação social necessária:

No Brasil, a cultura política do paternalismo criou esperança na comunidade de que eles serão os beneficiários das instalações e serviços “gratuitos” do país. Empoderar as comunidades também significam que elas devem aprender a alocar e usar os recursos de forma racional.

No âmbito da redefinição do papel do Estado, e sob a orientação do Banco Mundial, a contra-reforma propôs a descentralização como transferência de responsabilidade para a sociedade, passando a ser co-responsável pelos serviços e gestão pública por meio da “participação comunitária”. A estratégia visa buscar uma parceria com a sociedade para fazer com que ela arraste os custos da crise, transferindo a responsabilidade pela prestação de serviços sociais a países como organizações não governamentais, instituições de caridade e instituições comunitárias. Dessa forma, o Estado reduz seu papel de provedor direto de serviços e redireciona sua intervenção como regulador e provedor financeiro.

É completamente diferente do significado de participação registrado nos documentos do Banco Mundial. Na perspectiva do controle social, concebe-se a participação social no SUS, que tem como objetivo atingir as organizações da sociedade e participar das políticas de saúde a partir da elaboração de planos e projetos. -Monitorar sua execução até que seja definida a alocação de recursos para que seja do interesse da comunidade. É preciso considerar que a participação social passou de proibida a obrigatória durante a ditadura, cujo motor é fruto da luta social e do arcabouço legal estabelecido pela Constituição de 1988.

Bravo ainda chama a atenção para o fato de que na década de 1990, ao contrário da ascensão política da década de 1980, para defender os interesses especiais dos trabalhadores e grupos de interesse direto, as lutas coletivas foram substituídas pelas lutas corporativas (BRAVO e SOUZA, 2002). Do ponto de vista dos direitos da classe trabalhadora, a flexibilização do processo de trabalho aliada às contra-reformas no Brasil tem surtido efeito regressivo.

Para Dias, a resistência dos trabalhadores hoje pressupõe uma compreensão dos limites, mas o mais importante, "é necessário superar as decisões que o capital impõe às suas empresas econômicas." (DIAS, 1998 P. 52) Portanto, evitar que a ideologia pressione a sequência capitalista transformar trabalhadores em militantes é estratégico. Diante dessa realidade, no sentido de estabelecer a hegemonia das classes subalternas, o mecanismo da democracia burguesa precisa ser ampliado e intensificado. Dias concorda que

(...) embora o caráter de classe da legitimidade esteja oculto, a legitimidade pode e deve ser um espaço de luta em sua natureza contraditória, estabelecendo nela legitimidade, ou pode ser identidade de classe, e estabelecendo projetos hegemônicos. (DIAS, 1999 p 75-76)

É de grande importância a seguridade social para a população, tendo em vista que esta assegura os cidadãos a ter assistência nos diversos âmbitos, além de realizar a correção das injustiças sociais, mesmo sabendo que o Brasil é um país extremamente desigual e que a maioria das leis não abrangem a todos da sociedade.

Em 1988, foi promulgada a "Constituição Federal" e estabelecido um novo sistema de proteção social baseado no conceito de seguridade social, que universalizou os direitos sociais e assumiu as responsabilidades do Estado em matéria de saúde, assistência social e seguridade social como assuntos públicos. Levando em consideração a longa tradição de privatização de bens públicos, o eleitor introduziu alguns avanços no esforço de corrigir as injustiças sociais históricas que se acumularam ao longo do tempo e não universalizaram os direitos sociais (BRAVO, 2006).

Depois da Carta Magna, leis são necessárias para complementar suas disposições. Nesse sentido, a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142 foi aprovada em 1990. A Lei nº 8.080 estipula as condições para a promoção, proteção e restauração da saúde, organização e funcionamento. O serviço correspondente. O Decreto nº 8.142 prevê a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, por meio da Comissão de Saúde, e a transferência de recursos financeiros do setor saúde entre governos (BRASIL, 1990).

Existe também uma lei complementar denominada “Lei da Organização de Assistência Social”, Lei nº 1. 8.742 foi aprovado em 1993, que estipulou a organização da assistência social (BRASIL, 1993). Com essas leis, uma nova estrutura para a saúde e posteriormente a assistência social no campo dos direitos sociais começou a ser estabelecida. O LOS / 1990 prevê um Sistema Único de Saúde - SUS, que foi criado para prestar igual atenção, cuidar e promover a saúde de toda a população. O sistema é um projeto social único que se concretiza por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde do brasileiro (BRASIL, 2006).

Em relação à LOAS / 1993, Yazbek (2004) apontou que a lei estabeleceu uma nova matriz para a assistência social brasileira e iniciou procedimentos visando torná-la uma política pública e os direitos dos necessitados. A inserção da seguridade social mostra suas características como política previdenciária e está vinculada a outras políticas do campo social voltadas para a garantia de direitos e condições de vida dignas. Portanto, configura-se para permitir que o público reconheça a possibilidade de legitimidade das necessidades de seu usuário e amplie o espaço para seu protagonista. Vale ressaltar que, em 2011, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) passou a ser lei e passou a integrar a LOAS / 1993.

É importante ressaltar que a implementação dessas leis complementares não só tem grandes conquistas sociais, mas também tem características de crises econômicas. Como estratégia para lidar com essas crises, as instituições do Estado foram reformadas em 1995. O Mestre Nacional da Reforma o plano introduziu a máquina estatal. As mudanças funcionais checam o modelo econômico atual O Estado deve deixar de assumir a responsabilidade direta pelo desenvolvimento econômico e social, tornar-se promotor e regulador e transferir para o setor privado as atividades que antes eram suas (PAES DE PAULA, 2005; BRAVO, 2006).

Como compreende-se a responsabilidade de desenvolvimento social e econômico é passada para as empresas privadas, tendo em vista que essas visam sempre o lucro, porém não

podemos deixar de mencionar que as conquistas sociais foram de muita importância para a sociedade poder procurar estratégias para sanar as crises.

Nessa perspectiva, as propostas de políticas de saúde e assistência social previstas na Constituição e nas leis complementares foram desconstruídas, o que apresenta entraves para sua implementação. “Como essas políticas vão se tornar garantes de direitos e propostas generalizadas, o domínio e a libertação do corpo principal apresentam alguns desafios. Em seguida, não cumpriu as disposições legais constitucionais” (GOMES, 2001). Portanto, é necessário conceituar e destacar alguns dos obstáculos que dificultam a incorporação dessas políticas alternativas, sendo que neste estudo relatamos três deles: o neoliberalismo, a restrição orçamentária e o controle social descentralizado. A disseminação do neoliberalismo começou com o "Consenso de Washington" (1989) entre os governos da América Latina. Foi realizado pelo Fundo Monetário Internacional, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial. Suas condições de empréstimo eram abertura econômica, privatização e outras políticas. Modelo de regulação econômica. As medidas para implementar esta medida foram gradualmente tomadas na década de 1990 (CLARK; NASSIMANDO; CORRA, 2008).

O neoliberalismo defende que o governo tem pouca intervenção no mercado de trabalho, a política de privatização das empresas estatais, o fluxo livre de capital internacional e a ênfase na globalização, a entrada de empresas multinacionais na economia aberta, e assim por diante. Esta teoria econômica faz recomendações para a implementação de políticas de abastecimento para aumentar a produtividade. No Brasil, o neoliberalismo passou a ser praticado publicamente nos dois governos sucessivos do presidente Fernando Henrique Cardoso. Segundo Fiori (1997), devido às pressões relacionadas ao pagamento da dívida externa, o país adere à ideologia neoliberal e orienta o investimento público em políticas macroeconômicas, de forma que as políticas públicas estejam sujeitas aos interesses do capital financeiro internacional. (FIORI, 1997)

Autores como Ibarra (2011) acreditam que o neoliberalismo representa um retrocesso para os direitos sociais, pois o projeto visa reduzir o tempo para o Estado implementar políticas públicas, com foco na saúde e na assistência social. Não se considera agora que o Estado assume qualquer responsabilidade pela implementação das políticas sociais e cancela a sua natureza jurídica, que se considera vantajosa. Em relação aos limites orçamentários, esse entrave está diretamente relacionado ao orçamento público e seus limites. (IBARRA, 2011)

O conceito de orçamento público está relacionado a todas as arrecadações e despesas incorridas pelo governo (seja federal, estadual ou municipal), e todas as despesas gerenciadas direta e indiretamente e estimativas de receita são fixadas a cada ano. Também incluirá as

prioridades administrativas e a quantidade de recursos que serão alocados para cada área. Também é conceituada a área orçamentária 6, que é um mecanismo de captação de propostas orçamentárias e de apoio financeiro às mesmas. Descentralize o poder de execução do orçamento e a autoridade de execução do orçamento. A autoridade assume um compromisso (vinculando a concessão de crédito orçamentário ao pagamento de obrigações decorrentes de leis, contratos, acordos ou ajustes). Cada departamento do orçamento é responsável pelo planejamento e execução de determinados projetos / atividades, podendo autorizar despesas e compromissos (SEDESE, 2006).

A Constituição Federal estipula em seu artigo 195 que, entre outras fontes, o financiamento do SUS e dos fundos da assistência social é realizado pelo orçamento da União, dos estados, do distrito federal e dos governos municipais. Portanto, a responsabilidade financeira é compartilhada pelos gerentes de três níveis. O financiamento do sistema único de saúde e do sistema único de assistência social é um tema muito relevante, pois por meio desses recursos podem ser garantidos os direitos básicos de saúde e assistência social da população, bem como sua universalidade e tombamento. Esses sistemas.

Em setembro de 2000, foi aprovada a 29.<sup>a</sup> Emenda Constitucional, que visava garantir os recursos mínimos para o custeio das ações e serviços públicos de saúde, vinculando as receitas das três esferas de governo ao SUS, estabelecendo assim a aliança, estado e municípios deve investir nessa área e alterar determinadas disposições do círculo eleitoral (GUIMARÃES, 2012). Nos estados e distritos federais, o repasse mínimo à saúde é de 12% da renda própria, e essa vinculação é feita com base na produção dos impostos e recursos mencionados no artigo 157 e nos incisos I e II do artigo 159, Menos as parcelas repassadas a cada município.

Nos municípios, o imposto incide sobre produtos tributados sobre impostos e recursos, cuja receita corresponda a, no mínimo, 15% da receita própria (GUIMARÃES, 2012). Essas restrições orçamentárias representam desafios para o financiamento de um sistema de saúde unificado porque os recursos são escassos e mal utilizados. No campo da assistência social, sua política nacional (denominada PNAS) recomenda apenas que “estados, distritos federais e municípios invistam pelo menos 5% do orçamento total da região” (BRASIL, 2004, pág. 51).

Nesse caso, os recursos repassados pelo município na área aqui informada devem ser fiscalizados e controlados pelo comitê gestor da área correspondente. O conselho é um meio de controle social. No que se refere ao controle social, é importante mencionar que ele está regulamentado nas leis complementares da Lei de Saúde e Assistência Social, e constitui a

gestão pública, administrativa, financeira e técnica da participação das pessoas organizadas nessas políticas públicas, como viabilizador de democratização social.

Como uma das formas de gestão e controle social regulamentadas por essas leis para a implementação dessas políticas no campo da administração pública, existe o Conselho de Saúde e Assistência Social. Esses conselhos são mecanismos políticos democratizados, deliberativos (poder de decisão), amparados por legislações nacionais, decisivos e sistêmicos, com atuação prevista na esfera governamental (nacional, estadual, federal e municipal). Esses espaços são concebidos como fóruns abertos para captar necessidades e pactuar os interesses específicos de diferentes grupos sociais, como forma de ampliar a participação em setores com menos canais de instituições estaduais e uma forma de requisitos básicos para os municípios obterem recursos.

O conselho de saúde tem um amplo espectro de atribuições, e um de seus objetivos é propor alternativas para a melhoria da organização e melhoria do SUS. As decisões do conselho interferem na gestão dos serviços, como "reorganização administrativa, aprovação de planos de saúde, políticas de saúde, mudanças de planos, prestação de contas, etc." A responsabilidade do comitê de assistência social é formular e controlar o comitê de assistência social. Implementar as políticas da região, estudar e formular criteriosamente os planos locais de assistência social para a região e fiscalizar os fundos de assistência social.

Verificar e propor medidas para melhorar a organização e funcionamento dos serviços prestados nos setores público e privado; analisar sugestões e reclamações sobre a região; definir normas para a concessão de registro e emissão de certificados a entidades com fins caritativos; garantir a descentralização e sistemas participativos A implementação de assistência social, geralmente a cada dois anos, ou reunião de assistência social com maioria absoluta dos associados; agradece e aprova a proposta de orçamento da assistência social (BRASIL, 1993).

A melhoria de SUS é essencial para que a população possa ter uma saúde de qualidade. Partindo dessa perspectiva a assistência social tem um papel muito importante para que a formulação e o controle do comitê de assistencial social possa está organizado podendo propor e organizar medidas que sejam de grande valia para a sociedade.

### **CAPITULO III – A RELAÇÃO SERVIÇO SOCIAL, PACIENTE INTERNADO E SAÚDE: UMA ANÁLISE EFICAZ E METODOLÓGICA**

A relação do serviço social, paciente internado e saúde, é uma temática extremamente importante no cenário atual, no qual vivemos atualmente. O profissional de assistência social intervém bastante para o melhor vínculo entre paciente e hospital, tendo em vista a qualidade da saúde e assistência eficaz e humanizada para o paciente internado e seus familiares.

O capítulo três apresenta a metodologia utilizada no trabalho e o caminho percorrido durante a pesquisa para que se pudesse chegar aos resultados e discussões, na conduta da percepção do espaço hospitalar por meio de figuras lúdicas, além de realizar a análise bibliográfica do processo de intervenção do serviço social na intervenção hospitalar.

As figuras utilizadas apresentam bem o contexto atual que a saúde brasileira apresenta, como também a qualidade dos serviços e os desempenhos realizados pelos poderes públicos, ou seja pelos políticos do país em oferecer uma saúde de qualidade para a população, destinando verbas mínimas para este âmbito que é tão importante para uma nação.

### 3.1 METODOLOGIA DO TRABALHO: O CAMINHO UTILIZADO DA PESQUISA

O foco deste trabalho é "A Política de Saúde do Brasil está relacionada ao processo de intervenção do serviço social nas intervenções hospitalares" com o objetivo de analisar e apresentar as intervenções dos assistentes sociais nas políticas de intervenção hospitalar e sua contribuição para a saúde dos pais. Procuramos compreender se o assistente social da área hospitalar afetará o desfecho das mudanças na temática e os problemas sociais enfrentados pela sociedade. Procuramos compreender também o significado social da atuação profissional dos assistentes sociais na área da saúde brasileira.

Portanto, para a realização de pesquisas, utilizam-se métodos qualitativos, procedimentos bibliográficos e métodos de pesquisa de caráter objetivo / descritivo. "Pesquisa bibliográfica refere-se à pesquisa que abrange toda a bibliografia publicada relacionada ao tema de pesquisa, como livros, revistas, artigos, ensaios, monografias, jornais, etc." (MARCONI; LAKATOS, 2012).

Para isso, pode-se entender que as pesquisas realizadas por meio da bibliografia podem abranger uma variedade de materiais em diferentes formas e métodos. É importante esclarecer que a pesquisa bibliográfica não se limita a descrever uma cópia da pesquisa que foi realizada e publicada sobre um tema específico relacionado à pesquisa em questão, mas de acordo com Marconi e Lakatos, "(...) sob um novo método ou método Sistematizar o tema" (MARCONI E LAKATOS, 2012 p. 57)

Segundo o mesmo autor, também é enfatizado que “(...) não só fornece definições e soluções para problemas conhecidos, mas também fornece meios para explorar novas áreas onde os problemas não foram totalmente resolvidos.” (MARCONI; LAKATOS, 2012, p. 57) Em relação à pesquisa ora proposta, uma vez que o procedimento bibliográfico é realizado por meio de materiais escritos em livros, artigos, ensaios, periódicos e monografias, não é possível fazer referência à realização no local e / ou citar os participantes da mesma.

Assim, a escolha dos materiais é apenas para dar uma contribuição efetiva aos objetivos da pesquisa. Pesquise materiais bibliográficos através da Internet, sites e bases de dados de pesquisas eletrônicas, bem como livros e diversas formas de buscas, títulos, tópicos e/ou resumos, com a finalidade de filtrar a pesquisa e assim enfatizar os temas e objetivos apresentados na pesquisa.

A busca na base de dados online foi realizada no site oficial com os seguintes descritores: serviço social na área de saúde; saúde no Brasil; SUS; relação entre serviço social e intervenção hospitalar. Na determinação dos materiais relevantes e relacionados ao objeto de pesquisa, são realizadas a seleção e organização dos materiais mais relevantes para o objeto de pesquisa, tudo isso por meio da leitura sistemática dos materiais correspondentes.

O trabalho atual é descobrir o papel dos serviços sociais na saúde e nas relações. No entanto, não se limita ao intuito original, pois no início da pesquisa, é possível agregar à temática discutida em cada período histórico a correlação entre a saúde e os respectivos sistemas de produção e governo. Os determinantes da produção e reprodução das relações sociais.

Desde o início, também é possível compreender a importância do trabalho social no hospital, para que os sujeitos possam ter um bom desempenho não só no campo do cuidado à vida, mas também nas áreas acima. Buscar a transformação social e a igualdade na saúde pública em vida.

Obviamente, para expor, prevenir e/ou remediar por meio da análise e do diálogo com os profissionais, pacientes e seus familiares por meio de suas intervenções, a necessidade do serviço social do hospital é, sem dúvida, esta é a maioria dos problemas ocasionados pelos problemas sociais.

A desigualdade gerada e reproduzida no espaço hospitalar, sendo possível compreender que esta atuação não se limita aos muros do hospital, mas ultrapassa os muros do hospital ao resolver alguns dos problemas sociais enfrentados pela saúde e contribuindo para uma forma certa Além de buscar planos e desenvolver estratégias que visem envolver

profissionais, famílias e comunidade hospitalar, várias abordagens também se refletem na sociedade.

Esta pesquisa mostra-se e se propõe de grande relevância social, a partir da perspectiva de um novo olhar sobre a saúde pública e a atuação dos profissionais de serviço social nessa área enquanto protagonistas na tentativa de enfrentamento às desigualdades sociais apresentadas e refletidas na esfera da saúde, pois, a sociedade é o próprio palco da questão social, e suas expressões têm se introduzido nos hospitais atingindo todos os envolvidos no âmbito hospitalar e na comunidade.

Assim como, de grande relevância científica, pois trouxe às discussões os benefícios proporcionados a partir da perspectiva do trabalho multiprofissional e interdisciplinar entre profissionais da categoria de serviço social e da área da saúde. Indicando a carência do debate esquadrihado e tentando fornecer subsídios para ampliar as discussões sobre a temática, acrescentando a correlação da saúde e do sistema produtivo capitalista na reprodução das relações sociais. Relações essas que se reproduzem também, e fortemente, nos espaços hospitalares, pois a saúde é um ponto fundamental para que o indivíduo possa sobreviver e ter uma melhor qualidade de vida.

### 3.2 COMPREENDENDO O ESPAÇO HOSPITALAR POR MEIO DE FIGURAS LÚDICAS

O espaço hospitalar é um dos locais mais importantes quando se trata do âmbito de saúde, tendo em vista que nele são prestados os serviços essenciais para os pacientes, desta forma sendo um espaço de muitas divergências sociais, quando se trata da saúde pública brasileira.

Hoje em dia a principal função dos hospitais é a cura de quem os procura, mas no passado (século XVIII) os hospitais eram considerados "espaços de caridade". Para eles, marginalizados, alcoólatras e pobres eram recolhidos e já não morriam perturbando toda a sociedade. Essa natureza religiosa e caritativa da prática da enfermagem se baseia na busca da "salvação eterna" para aqueles que prestam esses serviços. Segundo Pina, “(...)os horrores da morte, da doença, da velhice (...) preocuparam no século XV.” (PINA, 1991)

No entanto, naquela época, a morte era considerada o ciclo natural da vida, um ciclo natural do ser humano na vida diária. Após o século 19, com o desenvolvimento da tecnologia médica, a morte não ocorria mais em casa, mas nos hospitais.

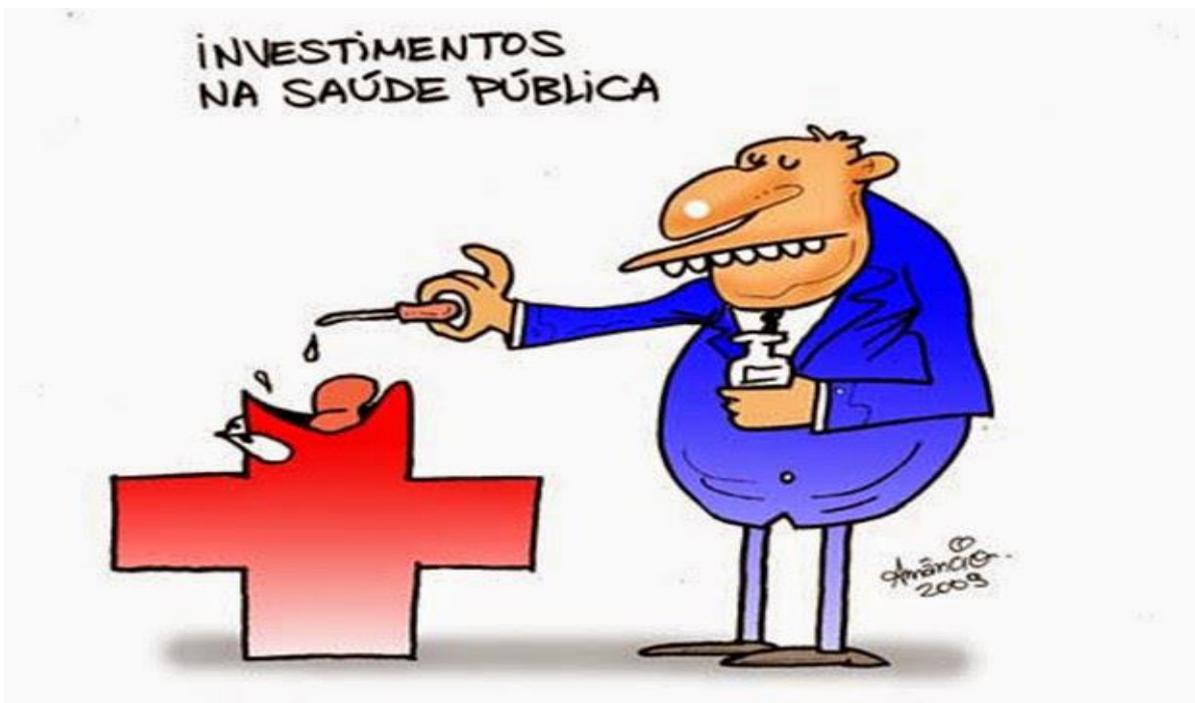
O processo de urbanização começou a se caracterizar de diferentes formas, o processo de urbanização passou a interferir na saúde da população, principalmente da população mais

pobre, desencadeando mudanças em todo o sistema de saúde. Como resultado, as pessoas começaram a morrer fora de casa, longe de casa, da vida diária, dos hábitos e da linhagem de sangue, tornando a morte ainda pior. Diante disso, o hospital tornou-se um local caracterizado pela morte, dor e sofrimento, que constituem o cotidiano dos profissionais do serviço social. Pessoas que trabalham em hospitais costumam cuidar de pacientes mais ou menos graves, independentemente da possibilidade de recuperação. Porém, na “Sabedoria Popular”, se uma pessoa for hospitalizada, ela estará sujeita a certo preconceito de todos ao seu redor, pois logo as pessoas vão acreditar que essa pessoa está “prestas a morrer”.

Pina afirmou que “(...) o hospital é um espaço fabuloso que deve conter e administrar os problemas emocionais causados pelo paciente, sua doença e toda a rede social a ela relacionada.” (PINA, 1991, p. 65) Ele acredita também que a depressão e a ansiedade do paciente e de sua família serão naturalmente projetadas para o hospital por meio dos fatores intermediários do hospital, ou seja, os profissionais de saúde. A dor, a emoção e a dor dos familiares, expostas por meio do desespero e do choro, muitas vezes incomodam os profissionais da área, que nem sempre sabem como lidar com a situação crítica dos pacientes internados, dos familiares e dos próprios sentimentos, pois a universidade ensina. Praticam a tecnologia, mas não ensinam a lidar com os sentimentos e conflitos humanos em situações delicadas como a hospitalização e as doenças decorrentes.

A saúde pública brasileira recebe investimentos mínimos, na qual era para serem realizados um dos maiores investimentos, pois a saúde deve ser contemplada para que a população tenha uma melhor qualidade de vida. A corrupção é gigantesca e a falta de empatia com o sistema de saúde é revoltante, como ilustra a charge

#### CHARGE I



Disponível em: <https://soumaissus.blogspot.com/2015/04/a-saude-brasileira-em-charges-saude.html>

A Constituição da República promulgada no final da década de 1980 marcou o início das reformas nacionais do Brasil. Ao introduzir com vigor o conceito de direito à saúde na sociedade de forma universal e completa, deixou um legado claro e potencial acumulado pelo sistema de saúde brasileiro na década de 1980.

Desde a Constituição de 1988, o sistema de saúde brasileiro segue uma direção Beveridgiana, exemplo disso pode ser encontrado no modelo organizacional do sistema de saúde britânico na década de 1940. Esse modelo é marcado pelo conceito de atenção direta à saúde, como cobertura universal, financiada por tributos, prestação de serviços mistos e controle e fiscalização estadual do sistema. A contribuição do economista William Beveridge para a construção dos alicerces da seguridade social, especialmente os alicerces do sistema de saúde em vários países, está refletida no Relatório Beveridge, comumente conhecido como 1942, e continua até hoje.

Além dos investimentos precários e da corrupção, o atendimento à saúde não atende a todos e chega até ser cômico a forma que o cidadão brasileiro é tratado quando necessita do serviço hospitalar. Um país que tem tantas verbas que podem ser direcionadas a melhoria de vida, porém o que temos é um sistema único de saúde precário e que não consegue atender a demanda do país.

## CHARGE II



Disponível em: <https://www.qconursos.com/questoes-de-concursos/questoes/022f78cf-1f>

A saúde dos trabalhadores está diretamente relacionada à organização e fiscalização do trabalho e, portanto, aos mecanismos de segurança instituídos na sociedade (LOURENÇO, 2016). Desse modo, o aprofundamento do neoliberalismo neste momento permite a retirada dos direitos sociais de hegemonia do capital financeiro e o desvio de recursos públicos, o que é determinante para o sucesso desse projeto da classe dominante.

Do ponto de vista de classe, a saúde dos trabalhadores, em suas características coletivas, é um produto das relações de trabalho, um produto de conveniência selada pela reorganização das forças produtivas por meio da instabilidade das relações de trabalho ou do colapso das políticas públicas. Saúde ou proteção social, trabalho e seguridade social que afetam diretamente a expressão objetiva das categorias de saúde dos trabalhadores.

### 3.3 ANÁLISE DO PROCESSO DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: UM TRABALHO BIBLIOGRÁFICO

Os profissionais do serviço social estão inseridos em um ambiente saudável no qual é necessário o retorno ao início da profissão. Nesse ambiente, o preconceito do trabalho profissional é baseado na sua espinha dorsal de caridade e benefícios da caridade. Neste caso, as pessoas vão procurar as necessidades atuais e determinar o surgimento de métodos de intervenção, conforme enfatizado pelos autores Pereira e Garcia:

O serviço social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas, sobre procedimentos de higiene aplicados a vida privada incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo (PEREIRA e GARCIA, 2012, p.17).

Vale ressaltar de forma mais contundente que a inserção e mesmo as necessidades dos profissionais da área da saúde parecem ser um espaço de compreensão e de saber lidar com as mazelas sociais, ainda que avance a visão da caridade como princípio. Tomando como referência um aspecto mais geral, Iamamoto e Carvalho mencionam que, “o serviço social brasileiro afirma ser uma profissão, especialmente intimamente integrada ao setor público, devido à ampliação gradativa do âmbito de controle e atuação tem cidadãos estado social.” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014 p.86)

A relação de controle do Estado demandou respostas a conflitos gerados pelo sistema de antagonismos advindos das crises do capitalismo. A forma que se apresenta o trabalho do assistente social depende intrinsecamente das relações sociais e do contexto histórico no qual estão inseridos. Esse processo torna-se ainda mais evidente no processo vivido durante a ditadura militar juntamente com o processo de reconceituação do serviço social, o que aproximou da discussão referente à reforma sanitária brasileira (CFESS, 2010).

Portanto, por meio de intervenções profissionais na sociedade, são considerados os fatores decisivos estabelecidos e exigidos por essa resposta profissional imediata. Diante das necessidades da sociedade, a indústria desenvolveu-se em uma postura crítica (no contexto de 1964-1974, elas não existiam devido à supressão da ditadura).

As principais questões levantadas centraram-se na política ética e na defesa dos direitos da classe trabalhadora. Como resultado, o serviço social está próximo do debate sobre democratização que o Brasil experimentou durante o declínio e o fim da ditadura militar de 1980 a 1990. Naquela época, o estilo de trabalho já refletia a crise vivida pela era capitalista. A partir daí o serviço social se aproximam da tradição Marxista a partir da intenção de ruptura com o conservadorismo (Silva et al. 2016), perspectiva que se consolida a partir da 1ª edição do livro *Relações Sociais e Serviço Social* de Marilda Vilela Iamamoto e Raul de Carvalho em 1982.

Frente ao exposto, podemos considerar a relação entre o projeto de reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social destacada pelo CFESS, no qual vale ressaltar que o projeto da reforma sanitária apresentava como demandas ao assistente social a partir da democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, integração entre as unidades de saúde com a realidade social da população; trabalho multiprofissional realçando as abordagens grupais, visando o acesso democrático às informações e buscando uma maior participação da população nesse processo (CFESS, 2010).

Embora existam dois modelos de saúde constrangidos, um é a visão privatista e o outro é o modelo proposto pela reforma sanitária, mas naquela época o principal fator que exigia o trabalho do assistente social era a inserção do trabalho como serviço técnico-científico especializado. Salário dinâmico. Portanto, considerando que a promulgação da Constituição de 1988 consolidou o papel do assistente social como profissional da área da saúde, tornou-se necessário ampliar a definição de saúde, que não é mais apenas ausência de doença. Podemos apontar que, no contexto da democracia, são necessários assistentes sociais que tenham tradição marxista em seus campos de formação. Como disse o CFESS, neste projeto hegemônico ainda há o problema da teoria da relação e da prática de intervenção.

No ponto salientam alguns fatores recorrentes ao processo de evolução da profissão, no qual se considera como uma das razões para a inerente consolidação profissional em um contexto estritamente neoliberal do Estado brasileiro. Nesse processo três pontos se sobressaem através das descrições feitas pelo CFESS se acentuando pela falta de reconhecimento com a profissão.

A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma auto apresentação de sanitaristas (CFESS, 2010 p.27)

O segundo ponto a se destacar refere-se ao “retorno do serviço social clínico, no qual alguns profissionais com especializações em casos de clínica, como por exemplo, bioenergética, psicodrama, terapia familiar sistêmica” (CFESS, 2010, p.27) a terceira é

(...) as discussões sobre a necessidade de constituição de entidades ou organização de fóruns e debates de formação. Essas discussões e debates centram-se na geração de conhecimento sobre o serviço social nas diferentes áreas profissionais da prática médica. Importância de forma fragmentada. (CFESS, 2010 p.28)

Essas declarações podem inferir como o processo constrói fragmentos em certas áreas de especialização. Portanto, podemos apontar enfaticamente que os assistentes sociais realizam o trabalho em saúde quando as profissões se fundem, o que permite aos profissionais considerar todos os ambientes que expressam "problemas sociais" para intervir nos problemas sociais.

Como seu objeto do trabalho, se define estritamente na contradição capital versus trabalho que concomitantemente se expressa na área da saúde, tem-se presentes os códigos de ética a perspectivas e objetivos da profissão, acrescido da lei orgânica da saúde (Lei 8080/1990) e a lei de regulamentação da profissão (Lei 8662/1993) permitiram que o profissional trabalhasse na área de saúde. A resolução 383/99, possibilitou ao profissional se articular em diversos espaços sócio ocupacionais em defesa dos direitos dos usuários, assim como descrito pelo CFESS:

Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social (CFESS, 2010, p.30).

A partir do que é demandado do assistente social tendo como suporte as suas atribuições e competências descritas no código de ética profissional, e a partir da resolução 383/99 que descreve em seu artigo 2º o que permite ao assistente social em quaisquer dos

âmbitos da sua atuação, transitar pelo tripé da seguridade social: Saúde, assistência e previdência.

Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções (BRASIL, 1999)

Segundo Bravo (2006), quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar os hábitos das pessoas e como esses hábitos afetam seu processo saúde / doença em 1948, surgiu o trabalho do assistente social na área da saúde. E precisam de profissionais que possam acessar outros serviços e benefícios. Essa ideia decorre das reformas sanitárias e da necessidade de priorizar a melhoria da saúde da população. Assim como a saúde deve ser reconhecida como um direito social universal, o Estado tem a responsabilidade de fornecer as condições para a obtenção desse direito. Portanto, é necessário reajustar o modelo de enfermagem aos princípios da integralidade e equidade, de modo a considerar a ampliação do conceito de saúde.

Nessas circunstâncias, o serviço social também passa por um processo de revisão da metodologia teórica, pois questiona aspectos relacionados à sua inserção na década de 1930 no contexto do capitalismo monopolista. Ou seja, no que diz respeito à sua origem,

(...) a profissão é utilizada como recurso do país para o enfrentamento de problemas sociais que são tidos como morais, e mesmo considerados problemas relacionados ao tema, é pessoalmente responsável e integralmente relacionado à sociedade e desconectado do contexto (YAZBEK, 2009).

No que se refere ao raciocínio da autora supracitado, o serviço social nesse período foi construído como uma ferramenta do Estado e do capital, com o objetivo de dissolver a classe trabalhadora e regular a tensão entre as classes sociais. Portanto, as questões sociais se transformam em questões administrativas, e as políticas e as instituições de poder do Estado são formuladas nas mais diversas áreas da vida nacional. Nessa perspectiva, o entendimento da sociedade capitalista sobre a ocupação é o conceito de reprodução social, na tradição marxista, refere-se ao modo de produção e reprodução das relações sociais nessa sociedade.

Desta forma foi possível identificar as inúmeras ações que o Assistente Social realiza em relação as políticas públicas de saúde. Como também reunir as informações da realidade que este profissional vive no seu cotidiano nas unidades hospitalares diante dos pacientes em estado vulnerável.

Foi de suma importância a avaliação da legislação pertinente ao trabalho do Assistente Social no âmbito da saúde que é de extrema relevância. E por fim a verificação do poder de resolução do assistente social na rede pública de saúde, que é tão vulnerável.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da promulgação da Constituição em 1988, a saúde passou a garantir o direito a um sistema médico único, universal e que constitui toda a população inclusive os estrangeiros em território nacional, bem como o direito a serviços justos, sem qualquer forma de exigência de rateio.

Vale ressaltar que o fator mais punitivo para a sociedade é a socialização da falta de informação sobre seus direitos. Um sistema que hoje se mostra mais eficaz para algumas pessoas do que para outras, com a característica seletiva da redistribuição, abre espaço para o crescimento dos serviços médicos privados, serviços e organizações não governamentais e o terceiro setor exige pessoas que não têm acesso a saúde O direito à política é ignorado.

A gestão do SUS é capaz dentro dos limites federais, encontra suas dificuldades dentro dos limites estaduais e municipais, mas não alcançou excelência porque ainda há muito trabalho a ser feito antes dessa política, de fato, os direitos constitucionais dos cidadãos. Saúde.

Obviamente, somos sujeitos dos direitos e obrigações garantidos pela constituição, mas aqui fica comprovado que não vemos a efetivação desses direitos porque eles deveriam realmente acontecer, sejam eles de baixa complexidade, média complexidade ou alta complexidade. Muitas pessoas foram privadas de seus direitos e nem sabem que os cuidados de que tanto precisam é garantido pela mais alta lei que rege nosso país.

Como possibilidade de caminho apontado a partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, o objetivo é superar os obstáculos colocados nesta realidade social e caminhar em direção a um SUS efetivo, de modo que é necessário fazer com que o caminho desse sistema tenha maior visibilidade na consideração da sociedade é propício ao seu direito como instrumento de acesso efetivo à saúde, bem como às comissões e reuniões de saúde como mecanismo de monitoramento social, o que abre espaço para a participação da população para atender à demanda por melhores condições de saúde e de vida.

A sociedade tem a responsabilidade de conscientizar a população de que os serviços públicos são prestados a todos os que deles necessitam. É do Estado a responsabilidade de fazer políticas públicas, enquanto a sociedade não é responsável por prover o bem-estar

porque se vê e está dentro. Estado e municípios. Garantir sua participação social no encontro de acompanhamento e promoção da melhoria do sistema.

Por meio desse trabalho, reafirma-se a relação existente entre teoria e prática no espaço público, onde se pode determinar a não democratização e universalização da política de saúde, fugindo de sua responsabilidade social e, efetivamente, atendendo a todas as pessoas carentes.

Enfim, para se obter o SUS que queremos e a que temos direito, é preciso salvar nossa consciência revolucionária por meio dos movimentos sociais, não só pedindo políticas de direito à saúde, mas também para todos os nossos carentes direitos às custas do impacto do sistema capitalista atual tem um custo.

O trabalho teve como objetivo compreender o processo de intervenção do Serviço Social na internação hospitalar por meio de uma pesquisa bibliográfica, tendo os objetivos claramente alcançados, e de grande valia para a academia e para sociedade em geral como um instrumento de pesquisa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Sérgio. **Efetivação Democrática do Direito à Saúde**. In: 10º Seminário Internacional de Direito Sanitário. 2014. São Paulo

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. Ed. P. 36. São Paulo: Martinari, 2015.

BENVENUTI, Patrícia. **A mercantilização da saúde e seus riscos**, Disponível em: <http://cebes.org.br/2012/07/a-mercantilizacao-da-saude-e-seus-riscos/> acesso em 03/05/2021.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, Título VIII, **Da Ordem Social, Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção II, Da Saúde** (artigos 196 a 200); Lei Federal 8080/90; Lei Federal 8142/90.

Acesso em: 28 de Maio de 2021.

<http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>,

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócios históricos**. 1 ed. Ed Cortez. São Paulo, 2013.

**Cad. Saúde Pública**, vol.29 no.10 Rio de Janeiro,2013.

**Cad. Saúde Pública**, vol.29 no.10 Rio de Janeiro,2013.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, Título VIII, **Da Ordem Social, Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção II, Da Saúde** (artigos 196 a 200); Lei Federal 8080/90; Lei Federal 8142/90.

Acesso em 28 de Abril de 2021

<http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>.

<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimasnoticias/estado/2015/06/02/mulheres-vao-mais-ao-medico-que-homens-mostra-ibge.htm>

<http://portalsaude.saude.gov.br>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL **Relatório do 36º Encontro Nacional CFESS / CRESS**. Brasília, CFESS: 2007.

Disponível na página eletrônica <http://www.cfess.org.br>. Acesso em 11 de maio de 2021.

\_\_\_\_\_. **Relatório do 36º Encontro Nacional CFESS / CRESS**. Brasília, CFESS: 2007.

Disponível na página eletrônica <http://www.cfess.org.br>. Acesso em 11 de junho de 2021.

DUDH, **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/definicao/> . Acesso em: 13 mar. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. 12. Reimpr. São Paulo: São Paulo, 2008.

Acesso em 03/05/2021

<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/mulheres-cuidam-mais-da-saude-do-que-homens>

LAKATO, Eva Maria. MARCONI Marina de Andrade. **Fundamentos metodologia científica** -6 ed. São Paulo: Atlas,2005.

JÚNIOR, Ayrton Paulus. Et al Serviço Social e Saúde - **Formação e Trabalho Profissional**. Políticas Públicas de Saúde no Brasil 2006.

MARCONI, Marina Andrade, LAKATOS, Eva Maria. **Fundamento da metodologia científica**. 6. Ed. São Paulo: Atlas 2005.

MATOS, Mauricio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. Ed. Cortez. São Paulo, 2013.

MOTA, Ana Elizabete. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

OCKÉ-REIS, Carlos Octavio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, Adriano. **20 anos de SUS II: fragilidade política do gestor Estadual do SUS**, 2008. Disponível em:

<http://www.institutomauriciodenassau.com.br/blog/20-anos-de-sus-ii-fragilidade-politica-do-gestor-estadual-do-sus/>. Acesso em: 04 de mai. 2021.

PAIM Jairnilson Silva, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges**. Lancet 2011; 377:1778-97

PAIM JS. **O futuro do SUS**. Cad. Saúde Pública 2012

PAIM JS. **O futuro do SUS**. Cad. Saúde Pública 2012; 28:612-3.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 29, n. 10, p. 1927-1936, Oct. 2013 .

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**, Editora Fio cruz, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2014.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **Neoliberalismo e Saúde**. Fund. Oswaldo Cruz.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira. **Direito Fundamental à Saúde na Constituição de 1988: dos 20 anos de absoluta inefetividade, ao advento de uma realidade supostamente excessiva de judicialização**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, 58, 31 out. 2008.

SINGER, AV. **Os sentidos do lulismo: reforma gradual e pacto conservador.** São Paulo: Companhia de Letras; 2012

VICTORA CG, LEAL MC, BARRETO ML, SCHMIDT MI, MONTEIRO CA, (Org). **Saúde no Brasil: a série The Lancet,** 2011. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

YAZBEK, M. C. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. In: CFESS, ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** CFESS, ABEPSS. Brasília-DF, 2009. Disponível em: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/ZxJ9du2bNS66joo4oU0y.pdf>

ZANETTI, Tânia Maria. **A efetivação dos direitos sociais através das políticas públicas.** Portal do e-governo, inclusão digital e sociedade do conhecimento. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/efetiva%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-sociais-atrav%C3%A9s-das-politicas-p%C3%ABlicas>. Acesso em: 13 mar. 2016.