



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA - FAMED
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

ALINE ANDRADE CUNHA

O SERVIÇO SOCIAL E A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA

UBERLÂNDIA
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA - FAMED
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

ALINE ANDRADE CUNHA

O SERVIÇO SOCIAL E A ALTA HOSPITALAR QUALIFICADA: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Assistente Social Especialista em Saúde, na área de concentração de Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

Orientador: Prof. Adj. Flander de Almeida Calixto.

UBERLÂNDIA
2018

Resumo

Este artigo trata-se de um relato de experiência profissional de observação empírica durante a inserção da Assistente Social em uma equipe multiprofissional em Atenção ao Paciente em Estado Crítico, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. Visa compartilhar a importância da atuação do Serviço Social nos casos de internação hospitalar visando efetivar-se uma alta hospitalar qualificada. Destarte, propõe-se desvelar a identidade atribuída aos Assistentes Sociais que perpassa os desafios encontrados no cotidiano de trabalho. Preconiza-se, portanto, uma atuação pautada nos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS, evidenciando-se a necessidade de priorizar o conceito ampliado de saúde advindo do movimento de Reforma Sanitária em detrimento do conceito biomédico de cuidado. Estas análises e discussões foram possíveis a partir do reconhecimento das expressões da Questão Social que se materializam na vida dos usuários atendidos nos serviços de atenção terciária que contribui para além do processo de adoecimento, mas também para a inviabilidade de condições objetivas de vida para a remoção do paciente do âmbito hospitalar e reintegração ao seu domicílio de origem e/ou outras possibilidades para o atendimento integral à saúde. Coloca-se em pauta, portanto, a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para o atendimento às diferentes demandas trazidas pelos pacientes e seus familiares desde o princípio de sua internação hospitalar, bem como o compromisso com a efetivação dos direitos e os princípios do SUS. Para tanto, realizou-se uma abordagem qualitativa e utilizou-se da revisão de literatura e pesquisa documental para pautar as análises e discussões deste trabalho.

Palavras-Chave: Residência Multiprofissional. Serviço Social. Saúde. Alta Hospitalar.

Abstract

The present article reflects empirical observations of professional experience of a Social Worker in an interdisciplinary team: “Care of Patients in Critical Condition” of the “Program of Multi professional Residency in Health” of the Federal University of Uberlândia. It aims to identify the importance of Social Work in the process of patient discharge following hospitalization. It is recommended that action based on the principles that guide the Unified Health System - SUS, which give priority to an expanded concept of health of the Health Reform movement rather than the biomedical care concept. These analyses and discussions are based on the expressions of Social Question in users lives concerning hospital services that may contribute to the disease process and also to the infeasibility of patient discharge from the hospital and reintegration into the home. Thus, the necessity for multi professional and interdisciplinary work to meet the different needs of patients and their families from the beginning of their hospital stay. A qualitative approach was used in a literature review and documentary research was used to guide the analyzes and discussions of this work.

Keywords: Multiprofessional Residence. Social Work. Health. Hospital Discharge.

Introdução

Este trabalho é oriundo de reflexões, discussões e análises realizadas a partir de inquietações que emergiram no decorrer da prática profissional possibilitadas por uma observação empírica da realidade cotidiana, levando-se em conta a experiência profissional adquirida enquanto Assistente Social, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU)¹, na área concentração de Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC).

Estas inquietações surgiram devido ao número recorrente de demandas que buscavam resoluções por meio da intervenção do Serviço Social no que tange a efetivação de altas hospitalares, sobretudo, de pacientes que se encontravam internados por longos períodos de tempo. Houve questionamentos acerca do papel dos profissionais frente a essa demanda sobre o motivo da recorrência de casos. Na perspectiva de elucidar tais questões, fez-se aqui uma análise desta realidade posta a fim de possibilitar uma reflexão crítica dos profissionais da área da saúde, além de efetivar formas de enfrentamento a esta problemática específica.

Para se efetivar uma alta hospitalar, é preciso que os profissionais envolvidos no atendimento ao usuário estejam de acordo, ou seja, eles devem ofertar serviços de alta complexidade necessários para o tratamento da doença quando não há motivos para internação em âmbito hospitalar. Casos de internações prolongadas ocorrem por duas razões: impossibilidade de alta clínica, devido intensificação dos riscos de ordem biológica que ainda requerem cuidados médicos de alta complexidade; ou por impossibilidade de alta social por haver questões de cunho social que dificultam ou impossibilitam o retorno do paciente à sua residência de origem. No último caso, o Assistente Social será requisitado para executar suas funções. Sendo assim, optou-se por utilizar o termo ‘alta social’ e ‘internação social’ para melhor entendimento da temática, uma vez que a discussão permeará a prática do Serviço Social em situações específicas. Salienta-se que tais nomenclaturas estão presentes no cotidiano de trabalho dos

¹De acordo com o Projeto Pedagógico do Programa de Residência da UFU, “o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia é um hospital geral, universitário, com 510 leitos, com os serviços de diagnóstico, de tratamento e de apoio necessários ao atendimento de seus usuários, que presta atendimento nas diferentes especialidades médicas, principalmente relacionadas com as áreas de concentração propostas neste projeto. Assim, possui todos os recursos necessários para implantação do Programa de Residência Multiprofissional: a infraestrutura de serviços e os recursos humanos capacitados.” (p. 9, 2011)

diferentes profissionais que atuam em conjunto com o Serviço Social em âmbito hospitalar, não sendo, portanto, um conceito desenvolvido por algum autor em específico.

Diante disso, os casos de difícil efetivação de altas hospitalar por questões sociais são recorrentes ao Serviço Social, pois extrapolam o cunho biológico de atendimento das outras profissões da área da saúde que possuem uma conduta mais residual e focalizada na doença. Por vezes, a demanda também extrapola a possibilidade de intervenção do Assistente Social, o que fortalece uma identidade atribuída a esse profissional que é solicitado a dar resolutividade a questões que ultrapassam os seus limites de atuação e competência. A falta de direcionamento de tais problemáticas a outras áreas, não reconhece seu caráter multiprofissional e interdisciplinar, denotando que ainda falta maior articulação da equipe.

Destarte, muitas foram as problematizações acerca do papel do Assistente Social e do envolvimento da equipe multiprofissional frente a esta problemática, demandando esforços dos profissionais - que por vezes, ultrapassam os limites institucionais, na perspectiva de viabilizar uma alta qualificada e condições seguras para que paciente possa retornar ao convívio familiar e comunitário. Sendo assim, preconiza-se a interiorização do conceito ampliado de saúde e do cuidado integral para compreender as demandas que surgem no âmbito hospitalar.

Enquanto residente multiprofissional do Serviço Social, muitos foram os enfrentamentos para se possibilitar a efetivação de altas hospitalares e, para isso, vale ressaltar que o residente é um profissional qualificado para atuar em diferentes áreas que competem ao exercício da profissão, sendo este capaz de, a partir de uma análise de conjuntura e com mediações, desenvolver uma visão da totalidade com uma leitura crítica da realidade a qual está inserido.

A Contribuição da Residência Multiprofissional

Previamente, para elucidar a temática, faremos uma breve recuperação sócio histórica acerca da Residência Multiprofissional em Saúde da UFU². Foi criada a partir

²“O Programa de Residência Multiprofissional de Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia será desenvolvido em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, destinado a profissionais graduados de diferentes profissões que atuam no amplo setor de saúde, pois pretende proporcionar ao residente participar da vivência prática da atenção à saúde na sua dimensão mais

da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 e, conforme está previsto no Art. 13, é “(...) definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde (...)”.

Deste modo, estes Programas foram instituídos em todo o país pelo Ministério da Educação - MEC a fim de contribuir e possibilitar a inserção de jovens recém-formados no mercado de trabalho, promovendo assim uma qualificação profissional que propicia que seus processos de trabalho sejam desenvolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS - Lei nº 8.080/1990). As residências multiprofissionais são divididas em áreas de concentração que por sua vez são delimitadas de acordo com a realidade e demandas dos diferentes níveis de atenção à saúde de cada localidade onde o programa é pactuado. No município de Uberlândia/MG, este programa tem como objetivo³

Formar profissionais de saúde, especialistas na área de concentração, com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificado para o exercício na especialidade escolhida, com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos, conhecedor dos diferentes cenários da rede de saúde, capazes de atuar com competência na área específica de formação. (COREMU, 2011, p. 11)

A área de concentração de Atenção ao Paciente em Estado Crítico tem as suas ações direcionadas aos pacientes críticos, ou seja, aqueles que apresentam instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, devido às alterações agudas ou agudizadas, que ameaçam sua vida.⁴ Sendo assim, os profissionais que compõem a equipe multiprofissional ofertam serviços de alta complexidade aos pacientes internados que necessitam de assistência integral à saúde de nível terciário⁵, sobretudo no Pronto Socorro, nas Enfermarias e nas Unidades de Terapia Intensiva – UTI.

complexa que é a diversidade e universo do Sistema Único de Saúde. Tal parceria propiciará a infraestrutura necessária ao alcance dos objetivos propostos.” (Projeto Pedagógico, COREMU, 2011, p.16

³ Conforme previsto no Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (PRAPS-FAMED-UFU), aprovado em reunião COREMU em 2010.

⁴ Conforme consta no endereço eletrônico <http://www.coremu.famed.ufu.br/pacientecritico> Acesso em 11/01/2018.

⁵ O SUS divide-se em níveis de atenção para direcionar de seus serviços ofertados de modo mais eficiente. Divide-se em Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária. A atenção de alta complexidade, sendo o nível mais complexo de assistência à saúde organizada em polos macrorregionais, refere-se a um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Portanto, optou-se por compartilhar a realidade observada durante a experiência profissional na residência multiprofissional por meio desta produção de conhecimento a fim de disseminar informações e fomentar discussões sobre os conceitos de internação e alta social. Ao compreender a realidade de forma ampliada, as condutas profissionais tomadas para o atendimento a essas demandas possibilitará desvelar tal realidade e a complexidade do agir profissional nos seus processos de trabalho, buscando salientar a relevância do trabalho multiprofissional.

A partir da explanação desses conhecimentos e da realidade vivenciada, é possível uma conduta propositiva frente às altas hospitalares buscando sempre a qualidade de vida do paciente o que vai de encontro ao conceito de saúde ampliada preconizado pelos princípios da Reforma Sanitária (década de 1980) que regem o SUS.

Para o desenvolvimento metodológico deste artigo, utilizou-se uma abordagem qualitativa e observação empírica da realidade, buscando respaldar-se em revisão de literatura, legislações pertinentes e pesquisa documental e assim subsidiar as reflexões e discussões temáticas a fim de fomentar a necessidade de uma atuação interdisciplinar e multiprofissional.

O objetivo geral deste trabalho, portanto, foi fomentar discussões que problematizam a alta hospitalar no âmbito do SUS. Os objetivos específicos foram: conhecer a atual conjuntura da política de saúde no contexto brasileiro; analisar a relação entre internação social e a Questão Social; propiciar discussões acerca do trabalho multiprofissional durante uma internação social.

Ademais, este trabalho foi desenvolvido também para atender as exigências do programa de Residência Multiprofissional em Saúde, tornando-se requisito parcial para a obtenção de título de Assistente Social Especialista em Saúde na área de concentração de Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

O Conceito Ampliado de Saúde

O campo da saúde na realidade brasileira é palco privilegiado por diversas lutas em prol dos diferentes interesses que permeiam as classes sociais. Sendo assim, as políticas públicas voltadas para o atendimento das necessidades da população são frutos de intensos movimentos e lutas sociais de diferentes épocas, sobretudo no que tange os períodos anteriores à promulgação da Constituição Federal em 1988 e a criação do SUS (Lei nº 8.080/1990).

Esses embates acontecem, por haver variados os conceitos e entendimentos dos atores sociais no que diz respeito à saúde. Além disso, Bravo assegura

Outro aspecto relevante é o salientado por Escorel (1989, p. 182-194), que considera a saúde um componente fundamental da democracia e da cidadania, tanto por ser determinada por um conjunto de direitos como por ser elemento potencialmente revolucionário e de consenso. (BRAVO, 2011, p. 39)

Por este motivo, a saúde torna-se objetivo de inúmeras mobilizações e movimentos em toda a sociedade brasileira. Na sociedade capitalista a desigualdade social é inerente às relações sociais, trazendo à tona uma insegurança ao proletariado em relação às possibilidades de desemprego, invalidez, doenças e velhice. Sendo assim, com o movimento de Reforma Sanitária, que surgiu em meados de 1980, foi possível responsabilizar o Estado e possibilitar intervenções por meio de criação de políticas públicas.

Esse movimento foi evidente pós-período ditatorial, momento em que os trabalhadores da área da saúde em conjunto com a sociedade civil passam a assumir papéis políticos e revolucionários, lutando por alterações legislativas e medidas de proteção para garantir o acesso universal e igualitário à saúde. Destarte, houve a promulgação da Constituição Federal e nela a criação da Seguridade Social.

A Constituição Federal não abarca em seu bojo a discussão acerca do conceito de saúde, mas salienta o seu caráter político e de direito evidenciando que

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

Destarte, a Seguridade Social se caracteriza como um modo de organização para repasse de recursos a fim de garantir direitos à população na perspectiva de proteção social, sendo dividida em um tripé: assistência social, saúde e previdência social. Por meio dela o Estado intervém na saúde pública, sendo esta financiada com os recursos da União. Isso faz com que a saúde da população seja de responsabilidade governamental, mas também conta com a participação dos sujeitos para a implementação dos cuidados, com foco na promoção e prevenção dos agravos.

As políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência social, são consideradas produto histórico das lutas do trabalho,

na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato. (MOTA, 2006, p.40)

Deste modo, essas políticas de saúde são criadas a partir de uma visão ampliada de saúde uma vez que o nível de saúde da população mede consequentemente o nível de desenvolvimento de um país e reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Assim, conforme acredita Scliar, “o sistema nacional de saúde, por sua vez, deve estar inteiramente integrado no processo de desenvolvimento social e econômico do país, processo este do qual saúde é causa e consequência” (p. 30, 2007).

Por sua vez, os conceitos de saúde e doença são amplos e subjetivos. Eles se diferenciam-se em cada sociedade de acordo com o período histórico relacionando com sua conjuntura social política e econômica e também com as crenças valores que pautam o cotidiano das sociedades, fazendo assim com que haja diferenciação no modo como cada sociedade trata as doenças e cuida da saúde de sua população. Com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi possível definir em 1946 um conceito geral e único. Em sua constituição, esse órgão define a saúde como:

Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. (Constituição da OMS, 1946)

A criação do SUS, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e para a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, fundamentando-se no princípio da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, trouxe várias mudanças na política de saúde. A partir dessas mudanças, prevê-se então o rompimento com o modelo biomédico de cuidado, que prioriza uma visão ampliada de saúde que considera, sobretudo, os aspectos estruturais como determinantes e condicionantes de vida do usuário da política de saúde almejando um cuidado integral.

Destarte, o conceito de saúde passa a ser compreendido para além de ausência de doenças com ações voltadas meramente para a cura das enfermidades por entender-se que “o campo da saúde é o campo da vida e, por isso mesmo, está relacionado diretamente com a economia, com o trabalho, com a cultura, com a habitação, com o lazer, com a educação, com a política e com a ética” (Vasconcelos, 2011, p. 430).

Portanto, as políticas públicas, legislações e modos de organização de sistemas de saúde passaram a ter em seu bojo este modo de concepção ampla, vislumbrando garantir minimamente as condições objetivas de vida para a população. Assim, reafirma-se a importância de uma atuação que fortaleça os princípios do SUS, que vai de encontro com o total rompimento à concepção biomédica de cuidado que impossibilita a compreensão da conjuntura social a qual o paciente está inserido, impossibilitando uma atuação cidadã.

Para tanto, é imprescindível compreender a relação entre a Questão Social e a concepção ampliada de saúde para que não haja uma fragmentação de atendimento separando o sujeito em seus aspectos biológicos, sociais e psicológicos.

A relação entre a questão social e suas expressões está diretamente relacionada à condição de saúde da população, sendo um fator agravante. Pautado na concepção ampliada de saúde, que traz a relevância dos componentes estruturais da sociedade, como condicionantes do processo saúde-doença, ou seja, a forma como a sociedade acessa o trabalho, a alimentação, o sistema sanitário (água e esgoto), educação, moradia entre outros. (LEAL, XAVIER, 2011)

Este novo modo de considerar a saúde propõe uma ruptura com perspectivas conservadoras de se pensar o processo de saúde-doença que acomete toda a população, sobretudo o paciente crítico.

O Assistente Social e a Política de Saúde

Em seus princípios fundamentais, o SUS prevê a universalidade, integralidade e a equidade no atendimento à saúde. O princípio da integralidade vai de encontro à visão do Serviço Social e seu Projeto ético-político que, com uma visão ampliada de saúde, preconiza uma atuação profissional que considere as condições biológicas, psicológicas e sociais do sujeito, percebendo-o em sua totalidade. O documento que norteia a atuação profissional na saúde cita que:

(...) intervenção orientada por esta perspectiva teórica-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores de estratégias políticas e técnicas para a modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos. (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE, 2014, p. 33)

Deste modo, o setor da saúde possui significativo número de assistentes sociais, por ser um profissional que intervém diretamente nas expressões da Questão Social, ou seja, é o profissional capacitado para lidar com o sujeito de forma integrada a fim de garantir a efetivação dos seus direitos sociais.

Na sociedade capitalista, cujo sistema econômico vigente é pautado pela propriedade privada a fim de garantir privilégios e atender os interesses da classe burguesa dominante, a Questão Social é inerente às relações sociais e seus modos de produção, afetando diretamente a classe trabalhadora devido à desigual distribuição dos bens de produção. Para Iamamoto, a Questão Social é

[...] apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2008, p. 27)

Partindo deste princípio, o sistema capitalista e as desigualdades sociais por ele provocadas, são materializadas na vida dos sujeitos interferindo objetivamente nas condições de vida. Sendo assim, contribui para o difícil acesso aos direitos mínimos que garantiriam uma qualidade de vida e o cuidado com a saúde.

O Assistente Social, por ser o profissional que tem a Questão Social como base teórica de sua fundamentação, visa o embate de suas expressões que repercutem nos diversos níveis de complexidade de saúde e “estão vinculadas a fatores condicionantes e determinantes da saúde, como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais (...)” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º). Sendo assim, a atuação do Assistente Social perpassa por questões de democratização do acesso aos serviços de saúde, atendimento integral e interdisciplinar ao usuário e fomento de sua participação popular e controle social nas políticas de saúde, indo de encontro a uma perspectiva totalizante, em que as determinações sociais, econômicas e culturais da realidade da população e dos sujeitos atendidos sejam consideradas (CFESS, 2010).

Este profissional é dotado de uma visão generalista e tem a capacidade de perceber toda esta conjuntura que envolve os sujeitos sociais tendo como base o seu Projeto ético-político, vislumbrando uma práxis transformadora desta realidade por meio do acesso dos usuários às políticas públicas e direitos sociais.

O Serviço Social é uma profissão legitimada na divisão sociotécnica do trabalho. Dessa forma, a inserção do assistente social no serviço de saúde, para operacionalizar demandas e produzir serviços à população, é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão, de forma interventiva e propositiva, frente às demandas que refletem as diferentes formas de manifestações da questão social. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009)

É notório que a atuação desse profissional na saúde tem se ampliado ao compreender que o processo saúde-doença é determinando também na esfera social. Um profissional comprometido com o seu Projeto ético-político considera todos os aspectos da vida do sujeito como condicionantes e/ou determinantes para o adoecimento e agravamento da saúde, numa perspectiva de defesa intransigente dos princípios do SUS. Isso reforça o direito à saúde em conformidade com o projeto da Reforma Sanitária.

A ação profissional do assistente social se dá no planejamento e na execução de políticas específicas, viabilizadas na prestação de serviços à população. O assistente social trabalha com um objetivo maior nas questões socioeducativas, visualizando o ser humano dentro de seu contexto individual e coletivo, por meio do desenvolvimento de ações que viabilizam o atendimento globalizado de saúde ao usuário da instituição. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2008)

Sendo assim, o profissional deve ser dotado de compreensão sócio-histórica da realidade que pretende intervir, utilizando das políticas públicas e instrumentos sociais como respostas às demandas que surgem em sua cotidianidade.

O Serviço Social e a internação social: a realidade vivenciada

O Assistente Social está inserido nos diversos espaços de atendimento à saúde, desde os serviços de atenção básica até os serviços de média e alta complexidade. Destarte, a inserção no programa de Residência Multiprofissional, enquanto Assistente Social, no período de março de 2016 a março de 2018, possibilitou a percepção acerca dos múltiplos fatores que envolvem o processo da alta hospitalar. Assim, emergiram muitos questionamentos acerca da prática profissional e seu caráter multiprofissional frente a essa problemática e por isso, percebeu-se a necessidade de discutir o processo de internação e alta hospitalar e a sua relação com os princípios da Reforma Sanitária (década de 1980) preconizados pelo SUS em conformidade com o Projeto ético-político do Serviço Social e os princípios dos Programas de Residência Multiprofissional.

Dado grau de adoecimento e complexidade no processo de saúde-doença, o usuário precisa de atendimentos a serviços de alta complexidade. Dessa forma, a necessidade de assistência integral ao cuidado e tratamento, opta-se por internar o

paciente em ambiente hospitalar. Nessa linha, a internação social ocorre quando o paciente tem condições clínicas de alta médica, ou seja, quando foram sanadas as demandas de ordem biológica, mas ele não tem condições sociais para retornar ao convívio em sociedade, logo o paciente fica internado até as demandas trazidas por ele serem resolvidas, caracterizando-se uma alta social qualificada. São exemplos de problemáticas que impossibilitam a alta hospitalar: situação socioeconômica insuficiente; ausência de moradia com boas condições estruturais para receber o paciente; domicílio inadequado para atender as necessidades do paciente; paciente dependente de cuidados terceirizados mas, sem vínculos afetivos/familiares; insuficiência de vagas em instituições assistenciais de longa permanência e ausência dessas instituições para adultos; inexistência de vagas em variados serviços de saúde; pessoas em situação de rua e pessoas em situação de risco e vulnerabilidade social; uso abusivo de álcool e outras drogas; medicamentos específicos; recusa de prisão domiciliar (quando usuário do sistema carcerário); inserção em programas de atenção domiciliar; não cobertura da rede socioassistencial; entre outros. Matos (2017) evidencia que,

Há nos serviços de saúde, em geral, um costume de se identificar os usuários com alta médica, mas com alguma dificuldade de sua autonomia na sociedade capitalista em que vivemos (crianças, adolescentes e idosos sem acompanhantes, usuário com nenhuma ou baixa renda, pacientes psiquiátricos, população de rua, etc.), como alvos exclusivo de intervenção dos assistentes sociais, uma vez que a responsabilidade para a solução dessas questões são identificadas como sendo apenas do profissional de Serviço Social. Essa cobrança expressa duas reduções: a primeira de pôr para o assistente social a resolução de problemas que são próprios do capitalismo e, a segunda, a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais do capitalismo. (2017, p.65)

O não entendimento das competências e atribuições do Assistente Social e de sua contribuição para o atendimento multiprofissional, fragiliza as condições de enfrentamento do problema que inviabiliza efetivar a alta hospitalar qualificada e remete a uma identidade atribuída que ignora as limitações sofrida pelos profissionais em seu cotidiano de trabalho que impossibilitam o profissional de manter as condições de saúde desses pacientes mais complexos. Essa identidade atribuída, que responsabiliza unicamente o assistente social, reflete um conforto imaginário da equipe, pois diz respeito ao estigma que atribui a demora ou ineficiência das ações profissionais como uma responsabilidade do assistente social, mas que estão além do saber e fazer profissional.

Convém esclarecer que a internação em ambiente hospitalar sem a necessidade de cuidados terciários traz prejuízos para o usuário e a instituição. Essa interação gera altos custos para o hospital e pode piorar o quadro clínico do paciente, pois está sujeito a adquirir infecções; adoecimento mental por insatisfação com o processo; agravar questões econômicas devido à impossibilidade de o paciente e o familiar em trabalhar; entre outros.

Quando o Serviço Social é acionado somente quando o usuário está em processo de alta, ou seja, quando não há conhecimento das demais profissionais acerca da importância da inserção deste profissional de forma multiprofissional na equipe desde o primeiro atendimento, torna-se inviável a resolutividade dessas demandas de modo rápido e qualificado, podendo o paciente ficar em internação social por longos períodos como medida emergencial. Sendo assim, faz-se necessário que o usuário seja atendido pelo Assistente Social no início, ao ingressar no hospital, o que possibilita uma investigação social da realidade para que as ações sejam previamente planejadas, garantindo efetividade na atuação e permitindo que a alta médica se dê concomitante com a alta social. Conforme previsto nos parâmetros do assistente social na saúde,

A alta hospitalar é outra demanda que precisa ser refletida pela equipe a fim de estabelecer as atribuições dos diversos profissionais. Parte-se do pressuposto de que a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou família é que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no processo de alta. A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar a equipe registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter de atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/ familiar com a equipe. (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE, 2014, p. 46)

Deste modo, é preciso enfatizar a importância de condutas propositivas de toda a equipe em conjunto que venham enfrentar essa realidade a fim de minimizar as demandas emergentes e possibilitar o seu retorno comunitário e isso só será possível com um trabalho multiprofissional.

É preciso desvelar esta realidade de posicionamento uniprofissional, pois o serviço social passa a ser cobrado por uma resposta rápida e eficaz à problemática emergente em razão dos limites institucionais e diversas outras questões intrínsecas ao sucateamento das políticas públicas no contexto neoliberal, o processo torna-se demorado. O assistente social trabalha de modo intersetorial, o que viabiliza a interface com os outros equipamentos sociais. Em alguns casos é necessário a judicialização o

que demanda tempo e independe do compromisso com o usuário e do saber (e fazer) profissional. Destarte, falar de internação e alta social requerem conhecimentos sobre a relação entre a Questão Social, a visão ampliada de saúde e o cuidado integrado.

A ideia de cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes corresponsáveis pela produção da saúde, feito por gente que cuida de gente. Assim, partilhamos de uma premissa de que o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, na medida em que o cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado. (MACHADO, et al, 2007)

Por não haver entendimento e compreensão acerca da complexidade do trabalho do serviço social, outros profissionais da equipe de saúde do hospital não percebem todos os fatores envolvidos e atribuem ao serviço social a identidade negativa que não condiz à sua atuação. Eles não se apropriam, do fato de o Assistente Social estar apto a atuar em determinada realidade por não garantir uma resolutividade rápida e qualificada conforme o esperado.

No entanto, é preciso desmistificar o posicionamento que contrapõe a visão ampliada de saúde e fragmenta o cuidado à diversas áreas do conhecimento. A alta não deve estar restrita a uma ou outra área, mas sim ao conjunto de profissionais visando abarcar efetivamente a situação.

Observamos grande dificuldade das equipes da área médica quanto à compreensão dos condicionantes e agravos à saúde da população e os aspectos que retiravam destes sujeitos suas possibilidades de recuperação. Fatores econômicos, culturais e sociais, que na ordem do dia não podiam ser decifrados nos laboratórios, nas salas de urgência e emergência, muito menos em clínicas médicas ou em salas de enfermagens. (Carvalho; Oliveira, 2014).

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar permite compreensão de modo integral da realidade do paciente e os aspectos determinantes e condicionantes de saúde, pois cada área poderá propor alternativas para as demandas que surgem ou venham a surgir na internação hospitalar. Deste modo, busca resolutividade das demandas sociais emergentes para propiciar ao paciente condições qualificadas para a continuidade do cuidado.

[...] considera-se que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. (PEDUZZI, 1998, p. 10).

É imprescindível que a família esteja ciente e participe das condutas tomadas e que tenha todas as orientações e informações inerentes ao processo de internação, bem como que este seja acolhida de modo integral e amparada no pós-alta. O assistente social deve voltar sua prática para a defesa e o reconhecimento dos direitos dos usuários.

Considerações Finais

O presente trabalho objetivou desvelar as problemáticas que permeiam a prática profissional do assistente social no processo de alta hospitalar, mas sem a pretensão de esgotar a temática. Trata-se de um tema que carece de aprofundamento teórico, pois os debates ainda são incipientes devido à predominância de uma visão fragmentada de saúde e supervalorização das doenças (modelo hospitalocêntrico). Estes debates são essenciais não para criticar uma ou outra profissão, mas sim pela capacidade de contribuir com o resgate e fortalecimento da visão ampliada de saúde em todas as áreas do conhecimento, buscando romper com uma visão biológica assim como preconizam o SUS e a Reforma Sanitária.

Para tanto, reitera-se a importância de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar em prol do atendimento integral do sujeito, percebendo-o em todas as suas faces e compreendendo a realidade social em que está inserido. Reafirma-se, portanto, a contribuição que os programas de Residências multiprofissionais tendem a dar para esta realidade, a fim de incorporar nas práticas hospitalares uma nova forma de atendimento aos usuários dos serviços evidenciando o cuidado integrado.

Sendo assim, é preciso que as ações sejam realmente pautadas na interdisciplinaridade havendo ética e compromisso no sentido de compreender as atribuições e competências de cada área do saber. Salienta-se a importância de desenvolver na realidade hospitalar protocolos com a finalidade de minimizar questões que tragam prejuízos aos usuários, como a não implementação de discussões de casos entre a equipe, sendo o paciente atendido de modo fragmentado não havendo compreensão do ser em sua totalidade. Não sendo assim, as contradições e problemáticas no decorrer da prática profissional, sobretudo com a recorrência de demandas de alta hospitalar, dizem respeito à hierarquização das relações profissionais em detrimento da horizontalidade do diálogo, o que precisa ser rompido urgentemente. Espera-se que este estudo contribua com a ampliação de conhecimento e reflexões

relacionadas ao desenvolvimento de propostas de intervenção na área da saúde com foco no sujeito integrado.

Assim, reafirma-se a importância de uma atuação que fortaleça os princípios do SUS, que rompa com a concepção biomédica que supervaloriza a doença e ignora os condicionantes intrínsecos ao processo de saúde-doença. Percepções e posicionamentos pautados no senso comum dificultam a compreensão da conjuntura social em que o paciente está inserido impossibilitando uma atuação efetiva. Destaca-se a necessidade de um olhar crítico e reflexivo perante a sociedade brasileira no que tange a incapacidade das políticas públicas ao atendimento das necessidades do sujeito de direitos.

Por fim, reafirma-se o Serviço Social inserido no atendimento multiprofissional em nível terciário de atenção à saúde contribui de maneira significativamente para o enfrentamento qualificado das demandas que permeiam os atendimentos e fornece para outros campos dos saberes conhecimentos que complementam a atuação profissional de forma comprometida a fim de fortalecer a política pública do SUS e a sua ideologia, sobretudo, quando se prioriza um atendimento integral e multiprofissional do cidadão.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. D.O.U., Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 06 nov. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.662/1993. **Lei de Regulamentação da Profissão Assistente Social**. 10 ed. Brasília. 2012

BRASIL. Lei nº 11.129 de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4º ed. Cortez: São Paulo, 2011.

_____. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CFESS. **Parâmetros Para Atuação De Assistentes Sociais Na Política De Saúde**. Conselho Federal de Serviço Social. 1. ed. Brasília. 2004.

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Conselho Federal De Serviço Social. 10 ed. Brasília. 2012.

COREMU. **Projeto Pedagógico: Programa de Residência Multiprofissional ou em área profissional da saúde Atenção ao paciente em estado crítico**. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL. Uberlândia/MG. 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. 14º ed. Cortez. São Paulo. 2008

LEAL, Roberta A. S; XAVIER, Arnaldo. **Alta Hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde**. [Tese] Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

MATOS, M. C. de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. 2º ed. São Paulo, Cortez: 2017.

MOTA, Ana Elizabete. (et al.) (orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez. 3 ed. 2006.

MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez. 3 ed. 2006.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade.** In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 14/09/2016.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social:** particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2013.

SCLIAR, Moacyr. **História Do Conceito de Saúde.** PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A Prática do Serviço Social:** Cotidiano, Formação e Alternativas da Saúde. São Paulo: Cortez, 2002.