

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

**DENISE COSTA BARBOSA**

**ABRIR A PORTA A QUEM NÃO BATEU: O ACOLHIMENTO NA PRODUÇÃO DO  
CUIDADO EM SAÚDE E SUAS PARTICULARIDADES NA INTERVENÇÃO DO  
SERVIÇO SOCIAL**

**PORTO ALEGRE**

**2017**

DENISE COSTA BARBOSA

**ABRIR A PORTA A QUEM NÃO BATEU: O ACOLHIMENTO NA PRODUÇÃO DO  
CUIDADO EM SAÚDE E SUAS PARTICULARIDADES NA INTERVENÇÃO DO  
SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para fins de obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vanessa Maria Panozzo Brandão

PORTO ALEGRE

2017

**DENISE COSTA BARBOSA**

**ABRIR A PORTA A QUEM NÃO BATEU: O ACOLHIMENTO NA PRODUÇÃO DO  
CUIDADO EM SAÚDE E SUAS PARTICULARIDADES NA INTERVENÇÃO DO  
SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para fins de obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Vanessa Maria Panozzo Brandão

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanessa Maria Panozzo Brandão – UFRGS

**Orientadora**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mailiz Garibotti Lusa – UFRGS

**Examinadora**

Dedico este trabalho a todos que estiveram ao meu lado durante  
essa trajetória e aos meus extraordinários pais: Tania e Antônio  
(*in memoriam*).

Conseguimos!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha tão amada mãe, que fez com que tudo isso fosse possível, primeiramente me concedendo a vida, seu tempo e dedicação. Obrigada por me mostrar o quanto mesmo em frente a tantas dificuldades podemos rir, brincar e superar. Sei o quanto és forte, principalmente nesta nova etapa da tua vida. Quero que saiba que me orgulho muito de ti! Te amo!

Agradeço à minha dupla, meu amor, Felipe, que sempre acreditou em mim, estando sempre ao meu lado, mesmo em momentos que nem eu tinha conhecimento, lendo seus jornais durante os quatro dias de vestibular da UFRGS. Obrigada pela carona, pelo incentivo e por compartilhar a vida comigo! Te amo!

Obrigada queridas colegas de histórias, de aulas e de formatura, vocês são incríveis! Em especial aos meus amores Anelise e Taiane. Sem vocês esse processo não seria tão colorido e cheio de vida. Obrigada por formarmos o trio de “ISES”. Levo vocês no meu coração!

À minha prima do coração, Franciele, obrigada por trilhar esse caminho comigo desde o ensino fundamental. Fico agradecida pelos trabalhos em dupla que fizeste sozinha, em compensação divido essa conquista contigo!

Agradeço aos meus companheiros de chimarrão das sextas-feiras (aliás, de todo o final de semana), Patrícia, Pâmella e Tiago. Vocês são essenciais para minha vida e saúde mental, obrigada por trilharem esse caminho ao meu lado, me incentivando, me desafiando e principalmente me dando forças.

À Manu, irmã que a vida me presenteou, que tem dispendido tempo e boa vontade para que a vida fique mais fácil (sempre cheia de histórias). Obrigada pela ajuda, agora é a tua vez de seguir a agridoce trajetória que é seguir estudando.

Obrigada à minha família, aos bebês da Titia, Vanessa e Bruna, que mesmo distantes geograficamente sempre se fizeram presentes na minha vida.

Agradeço ao Eduardo por me mostrar como o amor pode superar a distância: desde o teu nascimento tem sido um mistério para compreender como pode existir tamanho amor.

À Isadora, bebezinho da Dinda, obrigada por me mostrar quão alegre o mundo pode ser diante desses lindos olhos. Fico lisonjeada por acompanhar teu desenvolvimento, obrigada, Pâ.

Obrigada à minha madrinha Tamara, minha segunda mãe, por todo o apoio que me proporcionou durante minha vida, mas principalmente no final desta trajetória, quando tudo parecia muito mais difícil.

A todos os professores do Curso de Serviço Social da UFRGS, que contribuíram para minha formação e demonstraram diariamente que não há limites para o aprendizado. Obrigada!

O meu mais sincero obrigada às minhas supervisoras de estágio Simone Rocha e Roberta Abbad, sei que foi um período desafiador. Simone, te agradeço por todos os momentos de aprendizado, essa conquista tem muito do teu incentivo e dedicação, muito obrigada!

Agradeço à minha orientadora, Vanessa, que muito pacientemente fez com que esse projeto se materializasse, me instigando a refletir e me acolhendo quando tudo parecia não fazer sentido. Obrigada pelo empenho e compreensão dos meus anseios, admiro a tranquilidade que manteve ao longo do processo, agradeço por ter te encontrado nessa trajetória.

Agradeço à querida paraninfa Miriam, que me acompanhou desde o “Julinho” nessa caminhada, e ao querido professor homenageado Tiago. Obrigada por terem aceitado o convite e por estarem conosco neste lindo e inesquecível encerramento (ou neste até breve)!

Às incríveis colegas que compõem a comissão de formatura, Ane, Nathália e Bárbara, obrigada por partilharem a construção desse dia tão especial comigo. Apesar de todas as dificuldades seguimos lindas e confiantes para que a formatura seja no mínimo sensacional!

Ao grupo do Projeto de Extensão “InterSossego”, do Grupo Saúde Urbana da UFRGS, por me proporcionar a vivência de trocas de saberes entre a academia e a comunidade.

Agradeço a todos e todas que de alguma forma contribuíram para que eu alcançasse meus objetivos através das vivências, aprendizados e histórias. Divido essa alegria com vocês!

**IN OMNIA PARATUS**

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão discorre sobre o trabalho profissional do assistente social no âmbito do Sistema Único de Saúde a partir do acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização. Aborda a construção da política de saúde no Brasil e o processo de luta para que a saúde fosse reconhecida como direito social universal e responsabilidade do Estado, sendo o produto da correlação de forças entre o Estado e os movimentos sociais, impulsionada pelo Projeto da Reforma Sanitária. A Política Nacional de Humanização se vincula ao ideário do movimento sanitário e objetiva enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, articulando iniciativas de humanização das relações e enfrentando desafios. Para o serviço social, a humanização se efetiva no concreto das experiências do cotidiano dos serviços de saúde e em novas experiências entre os sujeitos, considerando o indivíduo como um ser em sua totalidade, envolto por uma rede social e institucional, superando a visão do binômio saúde/doença. O acolhimento vem ao encontro das práticas baseadas no princípio da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde, objetivando a garantia ao atendimento integral às necessidades dos usuários – sobretudo a garantia dos direitos sociais – para o acesso às Políticas Públicas como afirmação da cidadania. O acolhimento e a construção de vínculo são realizados na perspectiva da humanização, que significa reconhecer o usuário enquanto sujeito de direitos, como ser político, social e histórico, que sofre diretamente com as expressões da questão social.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Saúde. Humanização. Acolhimento.

## ABSTRACT

This final paper discusses the professional work of the social worker within the scope of the Unified Health System from the reception as guideline of the National Humanization Policy. It approaches the construction of health policy in Brazil and the process of struggle for health to be recognized as a universal social right and State responsibility, being the product of the correlation of forces between the State and social movements, driven by the Sanitary Reform Project. The National Humanization Policy is linked to the ideology of the health movement and aims to address challenges posed by Brazilian society regarding quality and dignity in health care within the Unified Health System, articulating initiatives to humanize relations and facing challenges. For social service, humanization become effective in the concrete experiences of the daily life of health services and in new experiences among the subjects, considering the individual as a human being in its totality, wrapped by a social and institutional network, surpassing the binomial vision health/disease. The reception meets the practices based on the principle of universality and integrality of the Unified Health System, aiming at guaranteeing the integral service to the users' needs - especially the guarantee of social rights - for access to Public Policies as an affirmation of citizenship. The reception and the building of bonds are carried out in the perspective of humanization, which means recognizing the user as a subject of rights, as a political, social and historical being who suffers directly from the expressions of the social question.

**Keywords:** Social Service. Health. Humanization. Reception.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CUT	Central Única dos Trabalhadores
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCC	Hospital da Criança Conceição
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PEP	Projeto Ético-Político
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PT	Partido dos Trabalhadores
SIMPAS	Sindicato Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFRGS

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICEF

United Nations Children's Fund – Fundo das Nações Unidas para a  
Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>15</b>
2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	15
2.1 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	22
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES .....	31
<b>3 O ACOLHIMENTO COMO DIRETRIZ PARA O ACESSO À SAÚDE .....</b>	<b>38</b>
<b>4 O trabalho do Assistente Social na Alta complexidade do Sistema Único de Saúde e a vivência do estágio curricular .....</b>	<b>45</b>
4.1 O ACOLHIMENTO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: PARTICULARIDADES DO SERVIÇO SOCIAL.....	49
<b>5 CONCLUSÕES.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho de conclusão de curso intitulado “**ABRIR A PORTA A QUEM NÃO BATEU: O ACOLHIMENTO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E SUAS PARTICULARIDADES NA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**” é produto da formação no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Este trabalho tem o objetivo de resgatar os acúmulos teóricos e práticos obtidos ao longo da graduação em Serviço Social para a produção do trabalho de conclusão de curso. O conteúdo foi construído a partir do conhecimento apreendido a partir das vivências experimentadas durante a graduação e atreladas à vivência do estágio obrigatório. Para isso, retomam-se os materiais utilizados durante a graduação e o período de estágio curricular obrigatório dos anos de 2015 e 2016, sendo uma parte da formação que vai além dos muros da Universidade.

A proposta do trabalho traz, fundamentalmente, as inquietações e indagações que surgiram ao longo do período de estágio obrigatório no Hospital da Criança Conceição, equipamento do Sistema Único de Saúde de alta complexidade que se destina à internação, atendimento ambulatorial e de emergência de crianças de 0 a 14 anos de idade. O setor onde foi realizado o estágio é o Serviço Social da internação hospitalar, atendendo às crianças internadas e suas famílias.

O trabalho está estruturado de forma que se analise a temática das políticas e direitos sociais e as contradições no contexto capitalista, com aprofundamento e especificidade do debate sobre a política social de saúde através da contextualização sobre a criação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Humanização (PNH), a fim de afirmar que os direitos fundamentais (como o direito à vida e o acesso à saúde universal, de qualidade, gratuita e pública) sejam garantidos. No período de estágio curricular foi possível constatar que os usuários do SUS necessitam de recursos essenciais para terem garantido a promoção da proteção integral à criança e ao adolescente preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Tais recursos se materializam em direitos sociais necessários tanto no período de internação quanto após a alta hospitalar. Para contribuir ao acesso a estes direitos é necessário realizar o trabalho de forma interdisciplinar e intersetorial, direção de suma importância no trabalho do Serviço Social no âmbito das políticas sociais, especificamente na alta complexidade do SUS.

No capítulo 2, denominado “A política de saúde no Brasil”, busca-se esclarecer de que forma a concepção de saúde foi se transformando ao longo das décadas de luta e organização popular para a conquista do direito à saúde pública e universal, e de que forma houve o reordenamento da saúde através dos arranjos da sociedade capitalista, que exigia a manutenção de sua força de trabalho. Neste sentido, esse contexto culminou no Projeto da Reforma Sanitária, movimento que superou a concepção de saúde vinculada à contribuição previdenciária e ampliou o acesso por meio da universalização da saúde, tornando-a pública e um direito social através da Constituição Federal de 1988. Assim, o subcapítulo intitulado “O Movimento da Reforma Sanitária e a implementação do Sistema Único de Saúde” é focado na política social de saúde inserida na Seguridade Social brasileira, regulamentada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8.080 de 1990. O processo de materialização e constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto de redemocratização do Brasil foi impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária. O subcapítulo apresenta também, brevemente, formas de organização da atenção de saúde no SUS e as disputas políticas neste cenário. O trabalho profissional do Assistente Social deve pautar-se a partir da concepção ampliada de saúde, considerando os determinantes sociais no processo de saúde-doença para atenção integral em saúde, articulado com os princípios e diretrizes do SUS para a viabilização dos direitos sociais.

Ainda, o terceiro subcapítulo, intitulado “A Política Nacional de Humanização: princípios e diretrizes”, aborda a construção da Política Nacional de Humanização, uma política transversal ao Sistema de Saúde brasileiro. Surge, então, como uma proposta de enfrentamento ao modelo neoliberal de produzir saúde, se assemelhando ao movimento sanitário, visto que – a partir de uma perspectiva de saúde ampliada – propõe ampliar os direitos dos usuários, a participação popular, a valorização dos trabalhadores da saúde e a gestão participativa.

O terceiro capítulo, intitulado “O Acolhimento como diretriz para o acesso à saúde”, trata do tema principal deste trabalho: o acolhimento. Inicialmente a discussão se dá com os conceitos levantados por autores que abordam o assunto, sendo tratado, em seguida, da importância da criação do vínculo entre profissional e usuário para o acolhimento e a permanência de sua prática, culminando com a explanação sobre o acolhimento especificamente para os profissionais do Serviço Social.

Posteriormente, o capítulo denominado “O trabalho do Assistente Social na Alta complexidade do Sistema Único de Saúde e a vivência de estágio curricular” discorre sobre o

trabalho na atenção de alta complexidade do SUS a partir da relação entre a intervenção no período de estágio curricular e sua relação intrínseca com o Projeto Ético-Político profissional. O segundo item do capítulo traz a reflexão sobre o acolhimento, que objetiva a garantia ao atendimento integral às necessidades dos usuários, sobretudo a garantia dos direitos sociais, para o acesso às Políticas Públicas como afirmação da cidadania.

Por fim, as considerações finais expõem as reflexões a partir do debate construído ao longo deste trabalho, da vivência do estágio curricular obrigatório e de todo o processo de graduação. Além disso, deve-se compreender que o exercício profissional não deve se esgotar na viabilização de acesso aos direitos, nem se restringir à imediatividade das ações, devendo estar vinculado ao Projeto Ético-Político profissional, aos ideários da Reforma Sanitária e da Humanização da Saúde, através da Política Nacional de Humanização (PNH) e suas diretrizes, com destaque para o acolhimento.

## 2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde no Brasil é resultado de um longo processo de luta pela garantia de um sistema público, universal e de qualidade. A partir da contextualização histórica, foi possível resgatar aspectos da saúde desde o século XIX até a conjuntura atual, defendendo a conquista da saúde como direito social.

Parte-se do movimento de compreender como a saúde foi modificando-se ao longo do tempo. Através da luta e dos movimentos sociais a saúde se consolidou como um direito social que segue em disputa com o projeto privatista, que conceitua a saúde como mercadoria à ser ofertada para a população.

A Política Nacional de Humanização surge então como reafirmação e defesa da saúde pública e universal. Constituindo-se através de diretrizes que coadunam com os princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde.

### 2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A concepção de saúde modificou-se ao longo dos anos como consequência da crescente urbanização, a partir do processo de expansão da industrialização no final do século XIX, que culminou no êxodo rural e em uma transformação na vida da população. Surtos de doenças surgiam nas cidades, provocando pânico e afetando diretamente a produção das grandes indústrias, demandando, assim, uma resposta por parte das autoridades para o controle da situação. Percebe-se, então, que a saúde estava diretamente relacionada à lógica higienista, em que o foco era higienizar as áreas urbanas das epidemias para alavancar o desenvolvimento econômico do país através da manutenção da saúde dos trabalhadores, sendo assim, da força de trabalho. As ações de saúde eram orientadas através do cunho caritativo, principalmente vinculadas às Santas Casas de Misericórdia<sup>1</sup>, e na lógica de reeducação sanitária, no sentido de uma saúde compensatória, e não de direito social<sup>2</sup>. Esta relação social

---

<sup>1</sup> As Santas Casas de Misericórdia atuavam no Brasil desde o período colonial, sendo as primeiras instituições hospitalares do país.

<sup>2</sup> “[...] dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado, direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade.” (SILVA, 2003, p. 285 apud RIBEIRO, 2014, p.53).

foi denominada como Cidadania Invertida<sup>3</sup> por Fleury (1995), já que o indivíduo passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio “fracasso social”, tornando-se objeto da caridade privada ou pública.

No início do século XX as campanhas de saúde eram focalizadas e realizadas em moldes repressores. As ações de saúde pública foram impostas à população de maneira autoritária e coercitiva, visando ao controle das epidemias urbanas e generalizando medidas de imunização, gerando oposição e grande revolta por parte da população. Um exemplo é a Revolta da Vacina, em 1904, que partiu de um movimento de resistência e resposta a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola sancionada por Oswaldo Cruz, naquela ocasião Diretor-Geral de Saúde Pública, cargo que corresponde ao atual Ministro da Saúde. Conforme Finkelmann:

De um modo geral, a assistência à saúde, prestada por este e pelos órgãos federais que lhe sucederam, estava restrita às situações de epidemia e aos casos de especial interesse para o controle das condições de saúde pública, no eixo central da economia, havendo de fato quase nenhuma capacidade de atuação do poder federal na assistência individual à saúde. (FINKELMANN, 2002, p. 121).

Para manter condições básicas para a manutenção da saúde dos trabalhadores – para que a produção fosse garantida – o sistema de assistência à saúde configurava-se de forma precária e limitada. Conforme destaca Bravo:

A saúde pública, na década de 20, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo o país. *A reforma Carlos Chagas*, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922. (BRAVO, 2009a, p. 90, grifo do autor).

A reforma promovida por Carlos Chagas em 1923 (nesse período criou o Departamento Nacional de Saúde) visava integrar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como responsabilidades do Estado (LIMA; PINTO, 2003). Neste mesmo período, o decreto nº 4.682 (conhecido como a lei Eloy Chaves), publicado em 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro com a criação da Caixa de

---

<sup>3</sup> Cidadania invertida: quando o indivíduo entra em relação com o Estado no momento em que se reconhece como não-cidadão. Tem como atributos jurídicos e institucionais, respectivamente, a ausência de relação formalizada de direito ao benefício (o que se reflete na instabilidade das políticas assistenciais), além de uma base que reproduz um modelo de voluntariado das organizações de caridade, mesmo quando exercidas em instituições estatais (FLEURY, 2007).

Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os empregados das empresas ferroviárias. Após a promulgação desta lei as empresas passaram a oferecer aos seus funcionários assistência médica, além de aposentadorias e pensões. A assistência médica-curativa prestada pelas CAPs e o fornecimento de medicamentos eram financiados pela União, pelas empresas empregadoras e seus empregados.

Constata-se que nas primeiras décadas do século XX o modelo de intervenção do Estado na área social se deu através de um sistema de proteção social, que se expandiu no Governo Vargas. Em 1930 as alterações ocorridas na sociedade brasileira tinham como indicadores o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais e outras respostas às reivindicações da classe trabalhadora (BRAVO, 2009a). Reivindicações essas que foram resultado do movimento operário e sindical que impulsionou o governo na criação de certos dispositivos, como os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que surgem como órgãos públicos financiados também pelo Estado (BOSCHETTI, 2008). Este movimento foi uma resposta às demandas do mundo do trabalho, pois os assalariados urbanos – que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes na conjuntura nacional –, em decorrência da nova dinâmica de acumulação, necessitavam da manutenção de sua força de trabalho. Ao contrário das CAPs, os seus substitutos, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), não estavam vinculados a empresas, mas sim aos trabalhadores de determinadas categorias profissionais, entretanto, também de natureza contributiva. Segundo Fleury:

Os IAPs representaram uma mudança crucial no trato estatal da questão social, na medida em que o Estado deixava de ser um observador passivo ou regulador das demandas emergentes e colocava-se como o responsável pelas estruturas de proteção social, trazendo para seu interior aquilo que havia se originado como parte da sociedade civil. (FLEURY, 1994, p.181).

Efetivamente esse novo modelo não ampliou a cobertura – no sentido de oferecer uma maior gama de benefícios para os trabalhadores –, marcando um período que Bravo (2009a) denomina como “orientação contencionista”, visto que a previdência se empenhou mais na arrecadação de fundos do que com o repasse de benefícios aos seus segurados. A legislação do período procurou destacar a diferença entre previdência e assistência social, que não havia até o momento. Foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica (BRAVO, 2009a).

Nessa conjuntura, surgiram duas instituições que marcam a trajetória da saúde pública no país: o Ministério da Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho, Indústria e o Comércio. Esse período caracterizou-se por mudanças importantes introduzidas pelo governo, tais como a consolidação da legislação trabalhista e a estatização da previdência social. Constituem-se, assim, as novas bases de uma política de regulamentação do trabalho e de uma organização política da classe trabalhadora. Com grande enfoque nos trabalhadores do comércio e da indústria, foram regulamentadas a proibição do trabalho infantil e a redução da jornada de trabalho. Questões de direitos dos trabalhadores (tais como férias, demissões e acidentes de trabalho) foram incluídas na nova legislação, sendo destacada a intervenção do Estado nos conflitos trabalhistas com a criação da justiça do trabalho e a regulamentação explícita das formas de negociação salarial e organização sindical (FINKELMANN, 2002).

O processo de tomada de decisão era realizado sem a participação da sociedade, afastando os trabalhadores da construção de um diálogo que buscasse planejar formas de enfrentamento às expressões da questão social<sup>4</sup>. Mantendo essa lógica, o Estado reforçava a desigualdade e a fragmentação dessas políticas. Em relação à saúde, a assistência era garantida apenas aos trabalhadores formais, e a saúde pública era focalizada em campanhas sanitárias de combate às endemias, mantendo uma postura que favorecia a manutenção da ordem vigente, pois “[...] o importante então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva.” (FIGUEIREDO, 2012, p. 24).

Segundo Finkelman (2002) no período compreendido entre 1945 e 1964 o Brasil viveu uma fase de democracia:

[...] muitas das estruturas corporativistas, construídas nos anos precedentes, permaneceram intactas, especialmente no campo das relações de trabalho. Do ponto de vista dos marcos institucionais, esse período é caracterizado pela criação de instrumentos legais voltados para o funcionamento de um governo democrático. Verifica-se a consolidação da indústria, com a implantação da indústria pesada e a expansão extraordinária da malha rodoviária, integrando mercados regionais, até então excluídos do processo comercial. (FINKELMAN, 2002, p. 124).

Em 1950 já existiam hospitais organizados pelo corporativismo médico com fins lucrativos ligados aos interesses do capital, demonstrando uma tendência à privatização

---

<sup>4</sup> 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 dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade [...] sendo desigualdade, é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a elas resistem e se opõem.” (IAMAMOTO, 2015, p. 27 e 28).

através do surgimento das empresas médicas. A assistência à saúde tornou-se mais cara e os hospitais passaram a ser a principal referência de atendimento à saúde da população. A partir de então, o modelo de saúde médico-assistencial privatista assumiu a organização do trabalho; fundamentou-se na prática médica, e as demais categorias profissionais assumem um caráter subordinado a esta categoria (TEIXEIRA, 2004). O modelo hegemônico médico-assistencial privatista era sustentado por fortes determinações econômicas que envolviam o Estado, a indústria farmacêutica e o empresariado da área da saúde tanto nacional quanto internacional. Entretanto, a assistência médica continuava sendo oferecida majoritariamente pelos IAPs, e a venda de serviços médicos a terceiros não se fazia expressiva nesse contexto (BRAVO, 2009a).

A ditadura militar no Brasil, em 1964, foi instaurada com o comprometimento de fortalecer a economia, reestabelecer a ordem e com a garantia de que o regime democrático voltaria dentro de pouco tempo. Todavia, os militares permaneceram no poder por mais de duas décadas, e as consequências são explícitas até os dias atuais. Em relação à economia, houve uma abertura ao capital estrangeiro e contenção de gastos, o que contribuiu para o crescimento da economia no país. Contudo, tal crescimento econômico

[...] não se traduzia na melhoria das condições de vida de grande parte da população. Concentração de renda, perda do poder aquisitivo do salário mínimo, aumento dos preços, crise nos serviços públicos de transporte e de saúde eram o preço pago por um modelo econômico que privilegiava o desenvolvimento a partir da concentração da riqueza. (PAIVA; TEIXEIRA, 2013, p. 19).

Isto é, a ditadura militar obteve o crescimento econômico anunciado, no entanto, não houve uma distribuição igualitária das riquezas acumuladas, ao invés disso aumentou a concentração de riqueza com destino à burguesia, enquanto a classe trabalhadora tinha seus direitos violados.

Após o golpe, as reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. Seguiu-se então uma rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais (PAIM, 2011). Nesse período, o Estado utilizou como intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, modernizada e burocratizada pelo Estado com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, atenuando as tensões sociais e buscando legitimar o regime, assim como privilegiar a acumulação do capital (BRAVO, 2009a). O sistema de saúde brasileiro, naquele

momento, era constituído por uma duplicidade: de um lado havia o sistema da medicina previdenciária, que através das IAPs propunha ações voltadas para a saúde individual dos trabalhadores formais nas áreas urbanas; já a saúde pública estava organizada pelo Ministério da Saúde (MS) e direcionava suas ações às zonas rurais e à população mais empobrecida, com atividades de caráter preventivo.

A junção dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), em 1966, trouxe a unificação da Previdência Social – que estabelece o regime geral da previdência social –, destinada a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores públicos e de autarquias que tivessem regimes próprios de previdência. Os trabalhadores rurais só viriam a ser incorporados ao sistema anos depois, quando foi promulgada a lei que instituiu o FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural). A legislação previa uma contribuição tripartite, com as participações do empregado, do empregador e da União. A unificação ocorreu atendendo a duas características fundamentais: “[...] o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.”<sup>5</sup> (BRAVO, 2009a, p. 93).

A medicalização da vida social foi imposta tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. Foi implantado o sistema de cuidados médicos individuais como padrão de saúde brasileira, orientado através do crescimento avassalador da produção quantitativa de atos médicos, com conseqüente construção (financiada pelo setor público) de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados, além da multiplicação de egressos das faculdades de medicina e de odontologia; nesse momento o setor saúde precisava assumir as características capitalistas (BRAVO, 2009a). A partir disso foi implantado o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características, explicitadas por Oliveira e Teixeira Fleury (1986 apud BRAVO, 2009a):

Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com s interesses do capitalismo internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; [...] Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de

---

<sup>5</sup> A criação do INPS, em 1966, ao unificar os antigos IAPS constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”, tratando-se, portanto, de uma reorientação das relações entre o Estado e a classe trabalhadora (BRAVO, 2009a).

organização da prática médica orientada com a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços [...] (OLIVEIRA; TEIXEIRA FLEURY, 1986 apud BRAVO, 2009a, p. 94)

O bloco de poder instalado em 1964 – não conseguindo consolidar sua hegemonia em sua primeira década – precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil, estabelecendo mediações que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais. Nesse cenário, obteve-se maior articulação do Ministério da Saúde, passando a ampliar os repasses de verbas para os estados e a desenvolver projetos de controle de algumas doenças, como a hanseníase, a tuberculose e o câncer. Os debates sobre a saúde ocorreram a partir disso e resultaram em significativas transformações políticas e sociais, tendo em vista que:

[...] em 1975, o regime instituía, por meio da lei n. 6.229, o Sistema Nacional de Saúde. A literatura que analisa esse período identifica na proposição desse sistema de saúde uma iniciativa que terminaria por consolidar, no MS e no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária. (PAIVA; TEIXEIRA, 2013, p. 20).

A intenção era de que a saúde passasse a atender a população em geral, independente de contribuição previdenciária, de condições de pobreza ou de habitação nas zonas rurais.

Em 1977 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS) e, em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a ter presença em todos os Estados, representando o poder central e dificultando ainda mais a capacidade do poder local formular e deliberar sobre políticas de saúde. No contexto da “abertura lenta e gradual<sup>6</sup>” ocorre o decréscimo nos recursos destinados à saúde e a insatisfação com o padrão de cuidados destinados a ela, o que acabou por disponibilizar uma estruturação do movimento sanitário, pois articulou uma rede de projetos que financiou pesquisas e profissionais, constituindo, assim, um dos pilares das bases institucionais para o movimento sanitário. No ano de 1978, no cenário da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) – através da Conferência Internacional de Alma-Ata – salienta a importância fundamental de investir recursos para a plena realização da meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos países desenvolvidos. Isso propiciou o incremento da oferta de serviços ambulatoriais básicos à população excluída do acesso a equipamentos sociais

---

<sup>6</sup> Iniciada durante o governo de Ernesto Geisel, a abertura lenta e gradual foi o início do processo de redemocratização do Brasil dentro dos limites impostos pela Ditadura Militar.

(NORONHA; LEVCOVITZ, 1994), como uma forma também de contrabalançar o grau de privatização da assistência médica, expandida pela criação do INAMPS.

A partir de 1980 a população brasileira – ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de redemocratização política após a superação do regime da ditadura imposta em 1964 – experienciou uma profunda e longa crise econômica iniciada na década de 1970 que persiste até os dias atuais (BRAVO, 2009a). A saúde, nessa década, dispôs da participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de saúde e de vida da população brasileira. A saúde se transformou em uma dimensão política, que para a sociedade estava diretamente ligada à democracia. A construção desse movimento, denominado “Reforma Sanitária”, será explicitado no próximo subcapítulo.

## 2.1 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Por volta dos anos 1980, o Brasil passava por uma intensa crise econômica, política e social, que permanecia desde o período do “milagre econômico<sup>7</sup>”, de forma que sua concentração de renda aumentou, o que culminou no agravamento das condições já precárias de vida da população brasileira e demonstrou a deslegitimação do governo. Somado a isso estava o aumento da inflação, o que ajudou a desencadear a eminência do desemprego e, conseqüentemente, o agravamento das desigualdades sociais (MENDES, 2013). Entretanto, a partir do processo de redemocratização brasileira, no campo da política ocorre o processo do fim do bipartidarismo, em que se dá a legalização dos partidos que se encontravam na clandestinidade, como também o surgimento do Partido dos Trabalhadores (PT) e a criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), além do movimento estudantil, ambos com o objetivo de serem instrumentos de luta e resistência da classe trabalhadora.

O momento foi de efervescência dos movimentos populares e sociais e de lutas pela democracia, e esse contexto, em relação à saúde, favoreceu a emergência do movimento sanitário, o que ampliou a discussão acerca da saúde pública e deixou de ser interesse apenas dos técnicos, assumindo uma dimensão política e estando estreitamente vinculada à democracia, permeando a sociedade civil (BRAVO, 2009a). Entre os personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se:

---

<sup>7</sup> Referente ao início dos anos 1970, esse período foi marcado pelo forte e rápido crescimento da economia. Seu término elevou em um grau exorbitante as dívidas do Brasil.

[...] os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (BRAVO, 2009a, p. 8-9).

Nesse contexto, as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009a, p. 96).

Denota-se o movimento dialético de oposição e luta em que a saúde deixa de ser compreendida como uma “[...] questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas [...] uma questão social e política a ser abordada no espaço público.” (PAIM et al., 2011, p. 18), o que demonstra a sua vinculação com o projeto democrático.

Conforme aponta Bravo (2009a), um marco fundamental para o debate da questão Saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986 em Brasília, no Distrito Federal. As temáticas centrais problematizavam as seguintes questões: saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e Financiamento do setor. Compareceram cerca de cinco mil pessoas, entre elas trabalhadores da saúde, intelectuais da academia e também entidades representativas da população (moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais), todos discutindo e aprovando a unificação do sistema de saúde.

Surgiu também, nessa discussão, o conceito ampliado de saúde, direito de cidadania e dever do Estado, criando instâncias institucionais de participação social. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2009a). Destaca-se, ainda, que – no contexto de transformações e crises que ocorriam na escala global desde a década de 1970 – existiram no Brasil, na década de 1980, junto à dinâmica sociopolítica e econômica

internacional, dois grandes projetos: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista (NETTO, 1990a apud BRAVO, 2009a).

Até aquele momento o Brasil ainda não havia implementado uma política que superasse o padrão de proteção social através da cidadania regulada<sup>8</sup>, desvinculada do processo produtivo e que apenas reconhecesse o sujeito como cidadão (padrão esse que se compunha de uma estrutura fragmentada composta por uma multiplicidade de instituições, cada uma delas funcionando com diferentes parâmetros para a arrecadação das contribuições, para critérios de concessão e para cálculo dos benefícios, a depender do poder de barganha da categoria de segurados) (FLEURY, 1994). Assim, em 1986 a realização da VIII Conferência da Saúde foi um marco para a questão da saúde no Brasil, não só pela ampla adesão de participantes, mas por instituir na sociedade o debate da saúde. A Reforma Sanitária, no relatório final da VIII Conferência de Saúde, é definida assim:

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está se convencionando chamar de Reforma Sanitária. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 2).

Dessa forma, a Reforma Sanitária se traduz em uma transformação do aparato legal e constitui-se como avanço para a saúde da população brasileira. Isso motiva a ampliação do conceito de saúde, foca na sua prevenção, promoção, proteção e recuperação, universaliza o acesso (contemplando toda a população) e deposita no Estado a responsabilidade de garantir o acesso à saúde pela população brasileira. A Reforma Sanitária inicialmente, enquanto uma ideia, “[...] vinculava-se de um lado à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo.” (PAIM, 2009, p. 31).

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, a Reforma Sanitária configura-se como um ‘projeto’ em seu relatório final, isto é, como um conjunto de políticas articuladas (PAIM, 2009). Trouxe, então, um caráter inovador, e, sendo um marco para a saúde pública, o Projeto da Reforma Sanitária foi centralizado na luta pela democratização do Estado e na

---

<sup>8</sup> É quando o seguro social destina-se à cobertura da população assalariada com a qual se estabelece relação jurídica do tipo contratual. Os benefícios são, em regra, proporcionais à contribuição efetuada, não guardando relação imediata com as necessidades do beneficiário. A participação tende a ser compulsória e, embora restrita a uma parcela da população, é uma relação de direito social estabelecida com base em um contrato (FLEURY, 2007).

formulação de um projeto contra-hegemônico direcionado à ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde, que visava à reconstrução da sociedade em novas bases (PAIVA; TEIXEIRA, 2013).

Em oposição a esse movimento, o Projeto Privatista – articulado ao mercado ou ao modelo médico assistencial-privatista – consistia na Política de Ajuste que tinha (tem) como principais objetivos: a descentralização, com a isenção de responsabilidade do poder central; a contenção dos gastos, com a racionalização da oferta; e a focalização, além de parcerias com a sociedade, responsabilizando-a para assumir os custos da crise (BRAVO, 2009a).

Então, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde surgiu a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e a conformação da Plenária Nacional de Saúde. Bravo (2009a) destaca que a politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas, com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar a visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político para a implementação das mudanças necessárias.

As transformações propostas com o Projeto da Reforma Sanitária culminaram com a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde<sup>9</sup> (SUDS), em 1987, sendo objeto de convênios entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios, mediante autorização do Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1987). A legislação que regulamentava o SUDS objetivava democratizar o acesso aos serviços de saúde, acabar com as categorias diversificadas de cidadãos e organizar a rede sob padrões técnicos apropriados (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

A principal proposta que surgiu a partir do Projeto da Reforma Sanitária foi “[...] a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 19). E nessa direção ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como:

[...] melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços

---

<sup>9</sup> Tinha como diretrizes a universalização, a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (LUCIETTO, 2011).

de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 19).

Sendo assim, o movimento da Reforma Sanitária – enquanto estratégia política para a transformação e reformulação do campo do saber na área da saúde – alcançou a garantia constitucional do direito universal à saúde e à construção institucional do Sistema Único de Saúde (TEIXEIRA, S., 2009). Contudo, no final da década de 1980 surgiram algumas incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso; a ineficácia do setor público; as tensões entre e com os profissionais de saúde; a redução do apoio popular frente à falta de resultados concretos que impactassem na qualidade da atenção à saúde da população; e, principalmente, destaca-se a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma (BRAVO, 2009a).

No ano de 1988 ocorre no Brasil o processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988, representando, assim, o compromisso com as afirmações e com a ampliação dos direitos sociais, opondo-se à crise e aos altos índices de desigualdade social. A Constituição Federal incluiu avanços que procuravam corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas de forma secular, como a incapacidade de promover a universalização dos direitos, tensionada pela longa tradição de privatizar a máquina pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2009a).

A Constituição Federal de 1988 trouxe a concepção de Seguridade Social, representando um dos maiores avanços sustentados no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora; a carta constitucional reestrutura os direitos sociais, reconhecendo-os como parte essencial da condição de cidadania. No art. 194 da Constituição reconhece-se a seguridade social como “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 1988), representando a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país em consonância com as transformações sociopolíticas que se processaram. Nessa direção,

[...] destaca-se como significativo na concepção de Seguridade Social: a universalização; a concepção de direito social e dever do Estado; o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 17).

A partir disso compreende-se que os direitos são resultados de processos contra-hegemônicos de um movimento de luta e resistência da classe trabalhadora, a fim de que suas necessidades fossem atendidas. Para a compreensão dos direitos sociais é necessário entender a desigualdade social advinda da sociedade capitalista e os limites para a realização de processos realmente justos e igualitários, levando-se em conta a enorme distância entre os princípios legais que defendem a igualdade. Parte-se da concepção de que

[...] Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 18).

A partir deste entendimento é possível compreender que quando a classe trabalhadora se coloca em movimento, organizando-se e articulando-se para lutar pela garantia de seus interesses, o Estado assume a postura de coerção em relação a ela. Esse controle pode se dar de muitas formas, sendo uma delas a realização de algumas concessões, esperando, assim, que uma breve conciliação seja realizada e a ordem seja estabelecida. Porém, o reconhecimento desses limites impostos pelo capitalismo não invalidam

[...] a luta pelo reconhecimento e afirmação dos direitos nos marcos do capitalismo, mas sinaliza que a sua conquista integra uma agenda estratégica da luta democrática e popular, visando à construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Essa conquista no âmbito do capitalismo não pode ser vista como um fim, como um projeto em si, mas como via de ingresso, de entrada, ou de transição para um padrão de civilidade que começa pelo reconhecimento e garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 195).

Portanto, as políticas sociais não possuem o poder da transformação social na totalidade, mas realizam transformações singulares na vida da classe trabalhadora, pois os direitos sociais permitem acesso parcial aos bens socialmente produzidos sob a conjuntura desigual do modo de produção capitalista. Nesse sentido, os direitos são conquistados mediante lutas e resistências, por isso são dinâmicos e exigem constantes adequações, sendo conquistados e reconquistados diante das relações de poder e dominação que os cercam (LONARDONI; OLIVEIRA, 2009).

No que se refere à Política de Saúde, a partir da concepção da Reforma Sanitária surgiu um novo paradigma de assistência à saúde, visando ao fortalecimento do setor público

em oposição ao modelo privado, de modo que se pudesse consolidar o acesso universal à saúde, garantindo-a como direito social.

A Constituição Federal de 1988 define, em seu art. 6º, como direitos sociais “[...] a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (BRASIL, 1988). E quanto ao direito à Saúde, em seu art. 196 afirma 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 sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988).

Entretanto, apesar da saúde ser considerada um direito social e dever constitucional, sob responsabilidade do Estado, ainda se fez necessária a continuidade de lutas sociais objetivando a concretização do que preconiza a Constituição Federal de 1988.

A Assembleia Constituinte, com relação à saúde, transformou-se em uma arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos contrários:

Os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor.<sup>10</sup> (BRAVOa, 2009, p. 97).

A eficácia da Plenária das Entidades para alcançar seus objetivos foi consequência da utilização de três instrumentos que potencializaram a luta: a capacidade técnica de elaborar um projeto de texto constitucional; a pressão frequente sobre os constituintes; e a mobilização da sociedade (BRAVO, 2009a). Após vários acordos políticos e pressão popular, o texto constitucional atende à maioria das reivindicações do movimento da reforma sanitária, prejudicando os interesses empresariais do setor hospitalar e não alterando significativamente a situação da indústria farmacêutica.

O texto constitucional inspirou-se nas proposições defendidas pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender completamente às demandas quando se tratavam de medidas que se confrontavam com os interesses empresariais ou de setores governamentais. As questões centrais sobre de que forma se daria o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) não ficaram bem definidas, pois não se estabeleceu um percentual

---

<sup>10</sup> “As entidades participantes foram: Sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros.” (BRAVO, 2009a, p. 97).

sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma menção sobre a competência do SUS em fiscalizar sua produção. No campo da saúde do trabalhador as propostas não contemplaram questões como a insalubridade nos locais de trabalho, assim como não abarcaram informações sobre a toxicidade de produtos manuseados pelos trabalhadores (BRAVO, 2009a).

A partir da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – surge então um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais relevantes na história das políticas de saúde do Brasil. Segundo S. Teixeira (1989 apud BRAVO, 2009a), o Sistema Único de Saúde é organizado baseado nos seguintes aspectos:

- a) Universalização do direito à saúde e o dever do Estado;
- b) As ações de saúde passam a ser regulamentadas, fiscalizadas e controladas pelo poder público;
- c) Todos os serviços públicos de saúde passam a ser organizados a partir de uma rede hierarquizada e regionalizada, com atendimento integral e participação da comunidade;
- d) No sistema de saúde o setor privado passa a ser complementar, sendo proibida a destinação de recursos públicos para essas instituições. Poderá haver parcerias público/privadas para prestação de serviços, acordadas através de contratos garantindo ao Estado o direito de intervir quando os acordos não estiverem sendo cumpridos;
- e) Proibição de comercialização de sangue e derivados.

Nesse mesmo contexto de disputas, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabeleceu a participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e dispôs sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Determinando a existência das Conferências e dos Conselhos de Saúde e vinculando, inclusive no âmbito municipal, a transferência de recursos à existência dessas instâncias, o Brasil apresenta um sistema de saúde altamente participativo (ESCOREL; MOREIRA, 2009). Os Conselhos são instâncias de participação que se dão de forma permanente e têm caráter deliberativo, enquanto as Conferências são espaços quadrienais de debate, utilizando-se da natureza consultiva. Ambos integram o mesmo sistema e são orientados por uma lógica participativa. Essa lógica foi construída historicamente pelos movimentos sociais que lutaram por uma saúde pública universal e tem como principais características a paridade na representação do segmento dos usuários e a ideia do controle social.

No que se refere à participação social, Fleury (1997) defende que:

O desenvolvimento de estratégias de construção de um novo tecido social descentralizado e participativo repõe a nossa especificidade regional em um patamar distinto, capaz de reivindicar um modelo de democracia no qual impere a cogestão pública, retomando os princípios de solidariedade e igualdade em uma complexidade que seja capaz de reconhecer a subjetividade e a diversidade como parte da cidadania. (FLEURY, 1997, p. 40).

O projeto da Reforma Sanitária, entendido como um projeto civilizatório alternativo, incorporou a democracia como elemento-chave, seja no princípio da universalidade do direito à saúde ou na diretriz da participação da comunidade no sistema de saúde (SCOREL; MOREIRA, 2009).

Contrapondo o neoliberalismo que se instalava, pela primeira vez na história o Brasil rompe com a concepção assistencialista de formulação e execução das políticas sociais, incorporando a noção de direito e ampliando o acesso da população aos direitos sociais. Supera-se, desse modo, o conceito da cidadania regulada, sob a qual apenas os trabalhadores vinculados à previdência tinham acesso ao direito à saúde. Salienta-se, então, o avanço na conceituação da cidadania ampliada, que ultrapassa a relação entre o Estado e a relação direta com o trabalho, ou seja, ela passa a ser concebida a partir da vinculação entre o Estado (através dos seus programas e políticas sociais) e os cidadãos.

No que se refere aos níveis de saúde, que expressam a organização social e econômica do país, passa-se a ter o conceito de Saúde ampliado, tendo como determinantes e condicionantes do processo saúde-doença: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013). E quanto aos objetivos do SUS, estes se constituem por: a) identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; b) formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º da lei; c) assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990b). Em relação aos Princípios do Sistema Único de Saúde, que se formaram do movimento da Reforma Sanitária, destacam-se: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e participação popular (BRASIL, 1990c).

Neste mesmo contexto inicia-se a Política de Ajuste Neoliberal, ceifando alguns avanços conquistados. Esse modelo visa à superação da tendência da administração pública à burocracia e incorpora um modelo gerencial, transformando o Estado em promotor e

regulador de políticas públicas, transferindo para o setor privado atribuições que de fato são suas. Essa hegemonia neoliberal foi responsável pelo aumento das desigualdades sociais, ocasionadas pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego, precarização do trabalho, sucateamento da educação e desmantelamento da previdência social (BRAVO, 2009b). Assume-se um estado de “colapso” sobre o qual os movimentos de solidariedade da sociedade são evocados a intervir.

No que tange à Política de Saúde, Bravo (2009b) aponta que a investida neoliberal tem sido responsável pelo desmonte da proposta construída na década de 1980, através da falta de investimento na saúde e na acentuação da saúde vinculada ao mercado e às parcerias com instituições da sociedade civil, corroborando com o modelo gerencial vigente que traz uma lógica de desresponsabilização do Estado. Sendo assim, o projeto de Contrarreforma do Estado, proposto a partir da instituição do ajuste neoliberal, tinha a intenção de dividir o SUS em dois, o hospitalar e o básico, para tanto, nesse período o SUS foi impossibilitado de avançar devido a medidas que objetivavam o seu sucateamento para justificar a necessidade de um projeto de saúde vinculado ao mercado de trabalho. As principais ações tomadas nesse sentido foram o desrespeito aos princípios da equidade e da integralidade, as ações voltadas para a assistência médico-hospitalar e a não unificação do orçamento das três esferas de gestão (BRAVO, 2009b).

O movimento da Reforma Sanitária, enquanto estratégia política para a transformação e reformulação do campo do saber na área da saúde, alcançou a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde, servindo de base para a reflexão acerca da Política Nacional de Humanização (TEIXEIRA, S., 2009). Essa discussão será a base da reflexão do próximo item.

## 2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A Política Nacional de Humanização, como proposta de enfrentamento ao modelo neoliberal de produzir saúde, se assemelha à Reforma Sanitária brasileira, uma vez que propõe ampliar os direitos dos usuários, a participação popular, a valorização dos trabalhadores da saúde e a gestão participativa.

De uma forma mais geral, em relação à assistência ao parto o termo “humanização” já era utilizado desde o início do século XX em várias partes do mundo, pois existia a defesa da utilização de “narcóticos” a fim de aliviar a dor das parturientes. A utilização de drogas para o

“alívio” das dores decorrentes do parto passa a ser usual durante várias décadas em pacientes economicamente privilegiadas e logo se torna um tipo de parto “idealizado” (DINIZ, 2005).

Durante as Conferências de Saúde, as instâncias de representação da sociedade civil reafirmaram as discussões na construção permanente do Sistema Único de Saúde. As primeiras reflexões sobre humanização aparecem a partir da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1992. Contudo, este “movimento” começa a se delinear ainda na década de 1950, recebendo forte influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Outra influência importante para a construção do que posteriormente se desenharia como a política de humanização foi o movimento de luta antimanicomial, também baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que inicia a discussão sobre Saúde Mental no Brasil. Esse movimento ganhou força em 1970, a partir da grande mobilização de setores da sociedade civil em um momento de luta pelo processo de redemocratização do país. Esse movimento buscava, entre outras coisas, a extinção de castigos corporais, mentais, psicológicos (naquele momento considerados como tratamentos), bem como o uso abusivo de medicamentos (CONCEIÇÃO, 2009).

As reivindicações do movimento de Reforma Sanitária mostravam a necessidade da construção de um sistema de saúde que não apenas garantisse acesso universal, mas sim acesso de qualidade, criticando o modelo hospitalocêntrico existente, evidenciado pelos seguintes aspectos:

[...] referência à fragmentação dos processos de trabalho em saúde; a centralização do poder; o ensino médico dissociado da realidade sanitária da população, voltado para a inovação e sofisticação de tecnologias, envolto e dependente da indústria farmacêutica; as longas e demoradas filas; a falta de orçamento para a saúde e outros. (CONCEIÇÃO, 2009, p. 199).

Somente no início dos anos 2000 é que a temática da humanização aparece com mais ênfase nos debates da área da saúde, embora já fossem realizadas algumas experiências isoladas, como a do Hospital Amigo da Criança<sup>11</sup> e a do Método Mãe-Canguru<sup>12</sup>, assim como o acolhimento nas recepções dos estabelecimentos de saúde. Identifica-se que o tema conquistou legitimidade a partir da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em

---

<sup>11</sup> A Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi idealizada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde e pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

<sup>12</sup> O método Mãe-Canguru é um tipo de assistência neonatal baseada no contato pele a pele, precoce e progressivo, entre pai, mãe e bebê até se atingir a posição canguru.

2000, que discutia a temática “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social”.

É nesse contexto que o então ministro da Saúde, José Serra, elabora o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), “[...] ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referente aos maus tratos nos hospitais” (BRASIL, 2000, p. 3), e, como forma de dar resposta a essas necessidades, convida diversos profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho com vistas à humanização. Ainda a partir do Programa defende-se que:

Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos, etc. (BRASIL, 2000, p. 3).

Apesar de destacada nesse documento a importância de fatores relevantes – como a necessidade de mais profissionais da área da saúde, recursos materiais e tecnológicos, bem como espaços físicos para o sistema de saúde –, essas questões ficaram em um segundo plano. Na verdade, tem-se o intuito de promover uma humanização, que parte de um “chamamento aos profissionais de saúde” para trabalharem a partir desse projeto, colocando em grande parte, senão toda, a responsabilidade de gerar resultados nos esforços dos trabalhadores da saúde (CONCEIÇÃO, 2009).

O principal objetivo do Programa era “[...] aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade.” (BRASIL, 2000, p. 3). Devia-se, segundo o documento ministerial, acompanhar o movimento da sociedade à procura de um atendimento que levasse em conta as suas necessidades básicas, que assegurasse os direitos já conquistados a partir de 1988 e que melhorasse o acolhimento ao usuário. Entretanto, essas mudanças dependiam expressamente do nível de “comprometimento” dos trabalhadores da saúde, eximindo o Estado de suas obrigações de prestar condições para tais ações preconizadas pelo Programa. Essa discussão foi se adensando em virtude dos desafios encontrados pelo SUS, assim, em 2003 o Ministério da Saúde definiu como uma de suas prioridades a humanização do SUS (VIANA, 2004).

A Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada de HumanizaSUS, foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e no

Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNH é, portanto, uma política transversal ao Sistema Único de Saúde, emergindo da convergência de três objetivos tidos como centrais:

(1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2010, p. 4242).

Embora a Política Nacional de Humanização seja um grande marco para o Sistema Único de Saúde, em seu texto ela traz algumas diretrizes para que sejam cumpridas em consonância com os princípios da Reforma Sanitária e da Constituição Federal de 1988. Desta forma, é importante levar em consideração que seus conteúdos, se não bem compreendidos e contextualizados, podem ser vinculados a uma concepção da lógica neoliberal e a uma responsabilização individual do sujeito, sob pena de culpabilização pela sua condição. Esses conceitos podem depositar a centralidade do cuidado em grande parte como encargo da família, sendo individualizados, ocorrendo uma inversão e isenção da responsabilidade do Estado.

Considerando isso, parte-se do princípio de que ocorre uma ambiguidade em relação à compreensão sobre a PNH, sendo compreendida a partir da lógica neoliberal ou como política que fortalece os princípios do SUS, uma vez que considerar a PNH destoadada do Projeto da Reforma Sanitária é desqualificar a saúde enquanto direito social universal e responsabilizar os sujeitos na produção do cuidado em saúde, eximindo o Estado de suas obrigações legais. Neste caso, ao ser dissociada do movimento da Reforma Sanitária a humanização se limita à manutenção de uma concepção de saúde que exclui os determinantes sociais do processo saúde-doença, focando apenas no procedimento de cura enquanto mercadoria a ser ofertada, desconsiderando o contexto em que os sujeitos estão inseridos e estimulando o individualismo dos problemas.

Na discussão sobre a humanização em saúde não há unanimidade quanto ao conceito, por isso é um assunto considerado polissêmico. Em uma tentativa de entender esse processo de humanizar e o próprio termo, Deslandes (2004, p. 8 apud CONCEIÇÃO, 2009) questiona se essa proposta de humanização significa dizer que “[...] a prática em saúde era (des)humanizada ou não era feita por e para humanos.”. Conclui expressando que “[...] o conceito de humanização da assistência ainda necessita de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos

profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático.” (DESLANDES, 2004, p. 8 apud CONCEIÇÃO, 2009, p. 203).

A partir de uma perspectiva de saúde ampliada, a humanização deve ser analisada através dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (CFESS, 2010), como se viu anteriormente, pois tem o potencial de colaborar para a análise das condições de trabalho e dos modelos assistencial e de gestão (ALCANTARA, VIEIRA, 2013). A partir dessa compreensão, busca-se uma forma de produzir saúde contemplando a concepção de direito social, universal e público que se legitima através da Constituição Federal de 1988 (que garante a saúde enquanto direito social), da Lei nº 8.080/90 (que legitima o Sistema Único de Saúde) e da Lei nº 8.142/90 (que dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS).

Os princípios norteadores articulam as ações de humanização em três eixos centrais, destacados por Falk et al. (2006), que são:

- a) Direito à saúde: acesso com responsabilidade e vínculo; continuidade do cuidado em rede; garantia dos direitos do usuário; aumento da eficácia das intervenções e dispositivos da política.
- b) Trabalho criativo e valorizado: construção de redes de valorização e cuidado aos trabalhadores da área da saúde.
- c) Produção e disseminação de conhecimentos: aprimoramento de dispositivos da Política Nacional de Humanização em sua formação, avaliações, divulgação e comunicação (BRASIL, 2004).

A proposta para fortalecer o SUS é convidar a comunidade a fazer parte do processo de humanização, pois cumpre um de seus pressupostos: a participação e o controle social. Segundo Benevides e Passos, a humanização da atenção e gestão do SUS “[...] se apresentava para nós como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.” (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p. 563).

Observa-se também a necessidade de uma mudança na tomada de novas atitudes por parte dos gestores, trabalhadores e usuários, incluindo nesse novo debate a esfera da gestão, buscando superar adversidades que desafiam o cotidiano do trabalho na saúde. As situações mais frequentes a serem superados são: as filas; a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas; os tratamentos desrespeitosos; o isolamento das pessoas de suas redes sociofamiliares nos procedimentos, consultas e internações; as práticas de gestão autoritária;

as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho (BRASIL, 2004).

A humanização – como uma das estratégias para alcançar a qualificação da atenção em saúde e da gestão do Sistema Único de Saúde – estabelece-se, portanto, como uma construção de atitudes éticas/estéticas/políticas em consonância com um projeto de qualificação dos vínculos interprofissionais, assim como a participação dos usuários na produção de sua saúde. Sendo assim, é definida pelo Ministério da Saúde como:

[...] ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste ‘estar com’, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (BRASIL, 2010, p. 6).

A proposta/aposta da PNH, a partir da concepção ampliada de saúde, deve distanciar-se do “conceito sintoma” (BENEVIDES; PASSOS, 2005a) que vem carregado de pressupostos sobre um homem idealizado. Ao contrário, a direção que é proposta a partir da PNH é buscar se aproximar de um “conceito experiência<sup>13</sup>” (BENEVIDES; PASSOS, 2005b), ou seja, de uma humanização que se efetiva no concreto das experiências do cotidiano dos serviços, em novas experiências do e com os sujeitos, que não se trata daquele “sujeito ideal”.

Conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007), deve ser assegurado ao usuário:

[...] o direito a atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; o direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; a responsabilidade do cidadão para que seu tratamento aconteça de forma adequada; e o direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (BRASIL, 2007, p. 1).

A humanização, como proposta de intervenção nos processos de trabalho e na ampliação da qualidade na oferta da saúde, “[...] coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias para ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas.” (SANTOS FILHO, 2007, p. 1001). Dentro

<sup>13</sup> “Conceito experiência” se sustenta a partir da compreensão de que é necessário enfrentar as graves lacunas quanto ao acesso universal e equânime aos serviços e bens de saúde e à atenção integral. Surge como estratégia para modificar o quadro de desqualificação dos trabalhadores e de precarização das relações de trabalho, visando romper com a fragmentação e a desarticulação das ações e programas nomeados como de humanização.

dos princípios e diretrizes do SUS, que norteiam as ações e serviços públicos de saúde, tem-se a integralidade de assistência, que é entendida “[...] como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL, 1990b), bem como um princípio que “[...] compreende que o atendimento de saúde deve entender o homem enquanto uma totalidade, bem como a articulação entre os saberes envolvidos.” (MATOS, 2011, p. 104).

A partir das diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Humanização destaca-se o acolhimento, que se assemelha à universalidade defendida pelo Sistema Único de Saúde, uma vez que a universalidade é “[...] compreendida como a defesa de que todos, independente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde.” (MATOS, 2011, p. 104). Dessa forma, o acolhimento coaduna com o Projeto Ético Político do Serviço Social (PEP)<sup>14</sup>, pois traz a ampliação e a consolidação da cidadania, visto que procura garantir o acesso ao direito à saúde trazendo a liberdade – reconhecida como valor ético central (CFESS, 1993) – e buscando a autonomia e a emancipação dos usuários da saúde.

Para melhor compreender essa ideia, o próximo capítulo tem a intenção de buscar dialogar com o conceito do acolhimento, que fez parte do estágio obrigatório em Serviço Social, sendo este eleito para fundamentar o processo teórico-prático dessa produção.

---

<sup>14</sup> Segundo Netto (2009a), os projetos societários apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la. Constituem-se em projetos macroscópicos, para o conjunto da sociedade. São, portanto, projetos de classe. O Projeto Ético-Político do Serviço Social traz em sua concepção princípios e valores baseados no reconhecimento da liberdade, da autonomia, da emancipação e plena conquista dos direitos sociais, da defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de autoritarismo, dentre outros.

### 3 O ACOLHIMENTO COMO DIRETRIZ PARA O ACESSO À SAÚDE

Iniciar a discussão sobre acolhimento é tomar como ponto de partida o processo de estágio, que de alguma forma foi o que garantiu a vinculação do Serviço Social na Unidade de Internação de Adolescentes do Hospital da Criança Conceição. Isto quer dizer que não foi fácil vivenciar o processo de estágio obrigatório num espaço de alta complexidade<sup>15</sup>, considerado 100% SUS, onde as correlações de força resultavam mais em “embates” entre as profissões do que propriamente facilitavam uma relação de “atendimento em saúde”. Foi no processo de construção do Trabalho de Conclusão de Curso que se conseguiu pensar no conceito de acolhimento que, mesmo que às vezes de forma enviesada, propusesse uma relação entre as profissões na relação do cuidado.

Como se viu no capítulo anterior, a Política Nacional de Humanização (PNH) trouxe, para auxiliar na implementação do Sistema Único de Saúde, diretrizes que se referem a: formas de produzir saúde; maneiras de administrar os processos coletivos de trabalho, de atenção e gestão; e procedimentos de organização dos serviços de saúde, principalmente no que possibilitasse tornar o SUS uma política pública inclusiva, democrática e acolhedora (MENDES, 2010). Neste sentido, parte-se então a buscar o significado do acolhimento na construção dos referenciais bibliográficos a partir da política de saúde e do Serviço Social, no intuito de privilegiá-lo para a reflexão sobre a experiência de estágio.

A palavra “acolher” na língua portuguesa é um verbo que, de acordo com o sentido dado, pode assumir diferentes significados, tais como: admitir, receber, abrigar, refugiar, aceitar, entre outros. Considerado como um processo de trabalho, o acolhimento pode se constituir como técnica e ainda como uma postura profissional, uma maneira de atender os

---

<sup>15</sup> Alta complexidade é considerada a modalidade de internação que requer alta tecnologia e envolve altos custos. A alta complexidade utiliza tecnologias duras, denominadas assim pois utiliza-se de “[...] equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.” (GRABOIS, 2011, p.155, apud MERHY, 1997).

usuários. Historicamente, o acolhimento apareceu algumas vezes vinculado a atitudes voluntárias (em profissionais reconhecidos como bondosos) e em outras vezes inculido de conotações de favor (BRASIL, 2010). Com isso o usuário não percebia aquela “atenção” recebida como um direito.

Em 2003, com a implementação da Política Nacional de Humanização, o acolhimento passa a ser reconhecido como um plano diretivo que, segundo o Ministério da Saúde (2010), se constitui como diretriz “[...] política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.” (BRASIL, 2010, p. 18). A partir disso, considerar o acolhimento como uma postura profissional implica em compreender que em todo espaço que ocorrer a interação entre usuário e trabalhador da saúde opera-se processos tecnológicos que visam à produção de relações de escuta, valorização e responsabilização, as quais se articulam constituindo vínculos e compromissos interventivos.

Na perspectiva de considerar o acolhimento como uma postura profissional, Kuhn (2016) verifica que é no campo das habilidades e atitudes que é possível efetivá-lo, sendo um dispositivo de garantia ao acesso à saúde e ao exercício de cidadania. Ainda, sempre que houver esse processo relacional entre usuário e trabalhador da saúde ocorre um encontro entre necessidades e processos de intervenção orientados para operarem sobre o campo das necessidades que se fazem presentes nesse processo, na busca de fins implicados com a manutenção/recuperação de uma forma de viver (MERHY, 1997).

Kuhn diz que

[...] o trabalho do acolhimento é, então, a nosso ver, nessa perspectiva da postura do profissional, a ação central da acessibilidade do usuário à política pública, dispositivo de aproximação e encontro das diversas vozes e necessidades presentes nos territórios. Trata-se de acolher a vida como ela é em toda sua plenitude [...] (2016, p. 15).

Segundo Kuhn (2016, p. 15), pode-se dizer que o acolhimento, enquanto atributo qualitativo, é determinante no processo de garantia ao acesso, democratização e viabilização dos direitos sociais, sendo um “espaço-processo” de pertencimento do usuário enquanto detentor do direito à saúde. Deste modo, traz, a partir de uma concepção ampliada de saúde, a noção de cuidado, opondo-se à exclusão dos determinantes sociais no processo saúde-doença. O acolhimento pode ser analisado enquanto postura ética, pois não é um local ou um espaço, não tem um profissional de saúde específico para realizá-lo, podendo ocorrer em qualquer

momento, implicando em uma troca de saberes e compartilhando angústias e intenções. Para o profissional de saúde pode ser caracterizado como o ato de responsabilizar-se por aquela situação, propondo resolutividade (BRASIL, 2010).

À medida que ocorre a responsabilização da situação em saúde, pode-se entender que é o acolhimento que possibilita a universalização do acesso, buscando, através da vinculação entre usuário e trabalhador da saúde, uma relação respeitosa. É através da escuta qualificada, compreensão das necessidades e responsabilização por parte do profissional que se torna possível atender essas necessidades, promovendo um cuidado em saúde.

Segundo Kuhn (2016):

O acolhimento como técnica é etapa e não processo, é desenvolvido apenas por alguns e, geralmente, não possibilita inversões na lógica de organizações e funcionamento dos serviços na direção do diálogo com as reais demandas e necessidades dos usuários. O acolhimento na porta de entrada só tem sentido se considerado como passagem para dentro do sistema das necessidades dos usuários em sua integralidade e, assim, garantindo acessibilidade universal. (2016, p. 16).

O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade, que considera as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Portanto, deve-se articular com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que refletem na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2001). Neste sentido, não é somente um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como um direito, o “direito de ser” (PINHEIRO, 2001). Pensar o direito de ser na saúde é ter o cuidado com as diferenças dos sujeitos e analisá-las através de aspectos do cotidiano que tenham influência direta com o processo de saúde-doença. Assim, o acolhimento deve representar uma proposta de reorientação dos processos de trabalho, na qual todas as categorias profissionais se tornam igualmente importantes e têm seus esforços direcionados para dar respostas à satisfação das necessidades demandadas pelos usuários da política de saúde.

Desse modo, segundo Giovanella e Fleury (1996), a articulação do processo de cuidado em saúde diz que o acolhimento, o acesso e a integralidade (para além de uma relação semântica) são conceitos indispensáveis para a construção da atenção e proteção integral dos usuários. Para categorizar o acesso (o que se entende sendo indispensável para ocorrer o acolhimento), Giovanella e Fleury (1996) adotam como abordagem teórica quatro dimensões

elucidativas – política, econômica, técnica e simbólica – na tentativa de articular o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada, culminando em quatro modelos teóricos:

- a) A Dimensão Política é relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular, pactuação entre as instâncias, acompanhamento do processo e tomada de decisão;
- b) A Dimensão Econômica é referente à relação entre oferta e demanda, investimentos na rede pública por esfera de poder/nível de complexidade, além de barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas;
- c) A Dimensão Técnica trata da planificação e organização da rede de serviços, integralidade da atenção, acolhimento, vínculo, competências, autonomia, compromisso, além da qualidade da atenção;
- d) A Dimensão Simbólica é o modelo das representações sociais acerca da atenção e do sistema de saúde, considerando o processo saúde-doença, cultura, crenças, valores e subjetividade.

Os autores destacaram a dimensão técnica, de forma que ela permite entender o motivo de ocorrerem as mudanças nos processos de trabalho nos equipamentos de saúde, uma vez que movimenta trabalhadores e usuários, traçando novos conceitos.

Conforme destacam Chupel e Miotto (2010):

Com o objetivo de solucionar o reordenamento do processo de trabalho, é necessária a constituição de **vínculo**, condição essencial para sair do ordenamento da ‘agenda-consulta’ e seguir para a responsabilização de uma equipe multiprofissional. Isso quer dizer que a equipe teria que se responsabilizar pelas pessoas inscritas (clientela), desde que tenha autonomia para a resolução dos obstáculos e para a mobilização de recursos para fazer saúde. (2010, p. 42, grifo dos autores).

Nesta perspectiva, compreende-se vínculo como uma ferramenta que possibilita ligar os sujeitos entre si, não sendo um “dado natural”. Ele é produzido pelas práticas que perpassam os diferentes campos do conhecimento, sendo eles estabelecidos através das relações junto aos demais sujeitos e sobre as diferentes realidades nas quais se encontram inseridos (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

A criação do vínculo de confiança que o acolhimento propicia também é uma relação com os serviços de saúde. Neste sentido, espera-se que se possa promover o acesso destes sujeitos, que se compreenda as demandas deles, e que eles possam retornar a esses serviços quando necessitarem. Portanto, a estratégia do acolhimento é uma proposta que tem a

finalidade de ultrapassar as barreiras técnicas, buscando garantir o acesso e promover o vínculo com o Sistema Único de Saúde.

Segundo Martinelli (2011), “[...] no atendimento direto aos usuários, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade.” (2011, p. 499). Essa humanidade só se concretiza a partir das relações sociais experienciadas, e na área da saúde isso adquire caráter imprescindível, uma vez que nesse campo se trabalha pela garantia à vida e seus inúmeros fenômenos desde o nascimento até a finitude. Isso se refere à ética profissional do cuidado, da proteção social e da militância, o que exige vontade política (MARTINELLI, 2003). Nesse sentido, destaca-se a importância do sentimento partilhado,

[...] de sentir com o outro, não como o outro; do espaço da escuta, tanto no diálogo como no silêncio; do espaço do acolhimento, de ter a sensibilidade de oferecer o acolhimento no momento do desconforto, da dor [...]; da dignidade no trato, da sensibilidade de perceber a condição do outro naquele momento tão peculiar de sua vida; do reconhecimento do sofrimento psíquico, da tristeza, do desconforto emocional, que acompanham o adoecimento e o agravamento do quadro de saúde; da ética no trato da informação; da verdade como base do diálogo, na justa medida, tanto com o paciente quanto com seus familiares; da responsabilidade social partilhada, criando relações de parceria com o cuidador e familiares, e estimulando-os a criar também vínculos de pertencimento. (MARTINELLI, 2003, p. 501-502).

Percebe-se que na alta complexidade é insuficiente o número de profissionais que conseguem realizar as ações citadas acima em seus processos de trabalho. O trabalho de acolhimento é, então, nessa perspectiva da postura profissional, a ação central da garantia de acesso à política de saúde, sendo um dispositivo de aproximação com a realidade social<sup>16</sup>, propiciando a descoberta das demandas e necessidades. Assim, concordando com os apontamentos de Chupel e Miotto (2010), pode-se verificar que o acolhimento é realizado tendo em vista três objetivos específicos:

a) para garantir o acesso do usuário aos mais diversos direitos sociais; b) a fim de construir uma relação de confiança tal, que permita a criação de vínculos e; c) para que informações sejam captadas a fim de subsidiar as decisões acerca das intervenções a serem realizadas (p. 52).

<sup>16</sup> Trata-se de acolher a vida como ela é em sua totalidade, construindo formas de acesso e autonomia. Autonomia é compreendida, conforme Pereira (2002, p. 70), como “[...] a capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressões. Isso se opõe à noção de auto-suficiência do indivíduo perante as instituições coletivas ou, como querem os liberais, à mera ausência de constrangimentos sobre preferências individuais, incluindo no rol desses constrangimentos os direitos sociais que visam protegê-lo”.

Considera-se que esses objetivos estão interligados, e a fragmentação dos mesmos pode proporcionar o comprometimento da intervenção, particularmente do trabalho multiprofissional e intersetorial. R. Teixeira (2003) aponta para o fato de que

O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (TEIXEIRA, R., 2003, p. 109).

Neste sentido, o assistente social é um profissional cujos princípios ético-políticos estão em consonância com os levantados por R. Teixeira (2003), principalmente quanto à defesa da acessibilidade universal, em relação à modificação dos processos de trabalho para a garantia da qualidade do serviço e na participação em equipes multiprofissionais, bem como o reconhecimento do usuário como cidadão.

O acolhimento, como parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais, congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a socialização das informações e o conhecimento sobre a realidade social em que se encontra o usuário. Também se pode dizer que o acolhimento objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para compor a fundamentação da intervenção profissional. Portanto, é um importante elemento no campo das ações profissionais, uma vez que é a partir de seu desenvolvimento que ocorre a identificação das necessidades do usuário, de forma que após sua realização é necessário o planejamento adequado e a escolha das ações profissionais a serem desenvolvidas. Além disso, é o momento de aproximação com o usuário, que demanda exigências quanto ao conhecimento do profissional (desde a utilização da entrevista até os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão, bem como as normativas do campo da saúde), a fim de melhor atender suas necessidades, de forma resolutiva e com vistas à efetivação do princípio da integralidade (CHUPEL; MIOTO, 2010).

Por isso a informação, parte do processo socioeducativo<sup>17</sup>, é entendida como uma rede de conversações e diálogos (TEIXEIRA, R., 2003), sendo essencial no cotidiano do serviço de saúde; ela se torna um dos diferenciais dentro da equipe de saúde por conta de seu repertório

---

<sup>17</sup> As ações socioeducativas ganham destaque no próximo capítulo, através de sua articulação com o conceito do acolhimento.

de conhecimento específico em relação à proteção social e às políticas públicas. Afinal, a garantia do acesso às políticas públicas, bem como sua formulação e execução, faz parte do projeto ético-político profissional – constituindo também como matéria histórica da profissão – e sua defesa implica no reconhecimento do usuário enquanto cidadão.

O Assistente Social deve realizar o acolhimento na perspectiva do projeto ético-político e da Reforma Sanitária, o que representa centralizar a intervenção nas necessidades do usuário através de uma relação humanizada, uma:

[...] relação singular no contato direto com os usuários - os 'clientes' - o que reforça um certo espaço para a atuação técnica, abrindo a possibilidade de se reorientar a forma de intervenção, conforme a maneira de se interpretar o papel profissional. A isso acresce outro traço peculiar ao Serviço Social: a indefinição ou fluidez do 'que é' ou do 'que faz' o Serviço Social, abrindo ao Assistente Social a possibilidade de apresentar propostas de trabalho que ultrapassem meramente a demanda institucional. Tal característica, apreendida às vezes como um estigma profissional, pode ser reorientada no sentido de uma ampliação de seu campo de autonomia, de acordo com a concepção social do agente sobre a prática. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986, p. 80-81).

Dessa forma, as ações socioeducativas requisitam o conhecimento das demandas dos usuários, utilizando-se do acolhimento como primeiro contato com eles e com suas necessidades, propondo, a partir do acolhimento, a construção do acesso à garantia da saúde como direito. Os preceitos do projeto ético-político entram em consonância com o desenvolvimento de ações baseadas no princípio da integralidade – princípio fundamental do SUS –, demonstrando comprometimento, sobretudo, com os usuários da saúde pública.

#### **4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA COMPLEXIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A VIVÊNCIA DO ESTÁGIO CURRICULAR**

Conforme Nogueira e Mito (2006) sugerem, os assistentes sociais vêm enfrentando desafios importantes no cotidiano profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde. Isso passa a ocorrer de maneira mais acentuada a partir da década de 1990, com o retrocesso do conceito de Reforma Sanitária e todo seu campo de lutas e conquistas, ou seja, no momento em que se acirram as tensões entre os diferentes projetos sanitários: o projeto privatista e o projeto de Reforma Sanitária.

Para debater o trabalho do assistente social a partir da perspectiva de acesso aos direitos é importante a contextualização no sistema capitalista vigente, que transforma a perspectiva de acesso e garantia dos direitos em um processo contraditório e complexo. Na vida em sociedade o trabalho (característica ontológica do ser social, que é natural e inerente à sua existência), na perspectiva marxista, não é restrito a uma atividade laboral, pois sua significação permeia a totalidade, referindo-se à capacidade física e mental do trabalho que media o processo de formação e transformação da natureza e da sociedade. Neste sentido, o trabalho contribui para a reprodução da vida social, que é de caráter material (WÜNSCH; MENDES, 2014). Portanto, é a partir do trabalho que os sujeitos realizam o processo de transformação da natureza e de si mesmos; a realização de suas necessidades é um processo natural enquanto ser social e histórico (BARROCO, 2008). O trabalho é central na vida em sociedade, e o modo de produção existente determina as relações econômicas, culturais e sociais. Então, ao adquirir novas forças produtivas o homem transforma o modo de produção e, com isso, altera a maneira de ganhar capital (necessário para o sustento das necessidades materiais), modificando todas as relações sociais (NETTO, 2011).

O trabalho deve compreender o “[...] planejamento como uma decisão de planejar, o movimento de reflexão-decisão-ação-reflexão [...]” (BAPTISTA, 2007, p.79) a partir da elaboração do Projeto Profissional, que deve estar articulado ao Projeto Ético-político (PEP) profissional, construído pela categoria dos assistentes sociais. O PEP tem como pilares o Código de Ética Profissional (1993) e a Lei de Regulamentação nº 8.662/93 (que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e as Diretrizes Curriculares). Esses instrumentos legais e políticos representam a defesa da autonomia profissional, porque codificam princípios e valores éticos, competências e atribuições, além dos conhecimentos essenciais (IAMAMOTO, 2007).

O PEP é, para os assistentes sociais, o conjunto de competências, habilidades, atitudes, atribuições e condutas éticas que contribuem para a operacionalização crítica e reflexiva sobre os processos de trabalho nos quais eles estão inseridos. Porém, não está só articulado ao campo socio-ocupacional, mas ainda se relaciona a questões maiores, de totalidade, sobre um projeto societário que objetive a construção de uma sociedade baseada na equidade e na justiça social (NETTO, 2009b). O Projeto Ético-Político traz em sua concepção princípios e valores baseados no reconhecimento da liberdade, da autonomia, da emancipação, da plena conquista dos direitos sociais, da defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de autoritarismo, dentre outros valores que aparecem elencados no aparato legal do Serviço Social. Através disso,

[...] as normativas morais e/ou prescrições de direitos e deveres: eles envolvem, ademais as opções teóricas, ideológicas e políticas dos profissionais - por isso mesmo a contemporânea designação de projetos profissionais como ético-políticos revela toda sua razão de ser: uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional. (NETTO, 2009b, p. 148).

A dimensão política da profissão passa a ser reconhecida dentro de uma realidade contraditória, relacionando e mediando a demanda institucional com as demandas dos usuários. O Serviço Social passa a entender que não atua apenas sobre a realidade, mas na realidade; a partir disso, o Assistente Social deve estar inserido na realidade, e não ter uma visão externa desta (IAMAMOTO, 2007).

O reconhecimento da questão social como objeto de trabalho ancorado nos princípios do projeto ético-político profissional demanda uma postura baseada na perspectiva da totalidade e na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais (CFESS, 2010). Compreende-se totalidade como “[...] um todo estruturado que se desenvolve e cria contínua e processualmente.” (KOSIK, 1989. p. 51). Este ‘todo estruturado’ se desenvolve e se cria, ou seja, é processo, continuidade, constitui-se em um conjunto dialético não apenas de relações, fatos e processos, mas também um conjunto que define e identifica sua criação, estrutura e gênese. A partir dessa concepção a realidade passa a ser vista como totalidade concreta, cada fenômeno pode ser compreendido como momento do todo, a totalidade enquanto a própria natureza da realidade social, ganhando concreticidade e constituída de contradição. Ainda pode ser vista como dialética da vida cotidiana que se faz das relações entre as particularidades, a consciência da sociabilidade humana, ou seja, do mundo (HELLER, 1994).

Estas determinações se expressam na vida dos sujeitos e são trazidas pelos usuários dos serviços em que o Estado é responsável em intervir. Por isso a inserção dos assistentes sociais se dá majoritariamente nas políticas públicas, principalmente nas políticas sociais que compõem a Seguridade Social defendida na Constituição Federal de 1988.

O trabalho direcionado à perspectiva de acesso aos direitos necessita desvendar a realidade concreta do objeto (questão social), que pressupõe o conhecimento das suas múltiplas expressões. No caso da saúde, conforme os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010), esse movimento se estrutura sustentado na apreensão da realidade e dos sujeitos, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados. A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão, além dos procedimentos técnico-operativos. Pressupõe-se, para isso:

[...] 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 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 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE, 2010, p. 35).

Nessa direção, a investigação da realidade é fundamental e precisa ser transversal a todas as ações, pois na imediatez do real as expressões da questão social mostram-se como singularidades, exigindo o movimento de aproximações sucessivas, de mediações, para a compreensão da particularidade (NETTO, 2011). Ou seja, no atendimento direto ao usuário é preciso fazer o movimento de mediação<sup>18</sup> para identificar as expressões e as múltiplas determinações da questão social, problematizá-las, analisá-las e intervir de forma que contribua para o acesso aos bens e serviços, sem culpabilizar os usuários pela situação de vulnerabilidade social, por compreender que a desigualdade social está intrínseca ao sistema capitalista. Respalda, desse modo, a afirmação de que o Serviço Social na saúde deve atuar em sintonia com o Projeto da Reforma Sanitária articulado ao Projeto Ético-Político Profissional, pautado no Código de Ética, na Lei de Regulamentação da Profissão e nas

---

<sup>18</sup> Martinelli (1993) define que mediação é a apreensão dialética do movimento do real, é instrumento para compreensão da realidade. Refere ao conhecimento do fenômeno, sendo condicionalidade material de seu surgimento e existência; de seus traços específicos e peculiaridades; de sua posição no contexto dos fenômenos sociais; dos impactos individuais e sociais que provoca.

Diretrizes Curriculares, tendo como pressupostos o direito à saúde e a ampliação do acesso aos direitos sociais.

Nos serviços de saúde, segundo o Conselho Federal de Serviço Social, no documento que define Parâmetros para a atuação do assistente social na saúde (CFESS, 2010), o assistente social atua em quatro grandes eixos, que são:

- a) Atendimento direto ao usuário: realizado nos espaços de atuação, desde a atenção básica até a alta complexidade, envolvendo também as ações interdisciplinares, assistenciais e socioeducativas;
- b) Mobilização, participação e controle social: trabalhando junto com os usuários, famílias e trabalhadores para que se percebam como sujeitos políticos e pertencentes a esse processo;
- c) Investigação, planejamento e gestão: buscando, através da intersetorialidade, fortalecer a Saúde no âmbito da Seguridade Social, sustentando a garantia dos direitos sociais;
- d) Assessoria, qualificação e formação profissional: através da educação permanente tem o objetivo de melhoria e qualificação dos serviços prestados ou de assessoria através do conhecimento de uma realidade, objetivando transformá-la e superá-la (CFESS, 2010).

Assim, percebe-se que é incontestável aos assistentes sociais a compreensão sobre seu trabalho também como profissionais da saúde pertencentes a uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, visando identificar as necessidades de saúde que interferem no processo saúde-doença. O profissional deve ter como propósito articular ações nos diferentes níveis de atenção à saúde e vincular os usuários aos serviços disponibilizados que constituem essa rede de atenção, tendo em vista a efetivação dos princípios do SUS e da PNH. Considerando que os determinantes sociais condicionam o processo saúde-doença dos sujeitos, é fundamental para a superação do modelo médico-assistencial privatista a horizontalização dos níveis de complexidade da saúde e a intersetorialidade das políticas, através do trabalho interdisciplinar realizado pela equipe.

É fundamental, portanto, que o assistente social trabalhe em uma perspectiva totalizante, no sentido de desvelar a realidade para a identificação das demandas e de reconhecer as determinações sociais, econômicas, políticas e culturais que incidem no processo saúde-doença. Dessa forma, torna-se imprescindível a clareza e o conhecimento dos

fundamentos teóricos-metodológicos, éticos-políticos e técnicos-operativos que orientam a profissão e que embasam nosso Projeto Ético-Político (VASCONCELOS, 2009).

Os desafios do assistente social no exercício da profissão na saúde, apontados pelos autores, se assemelham aos que foram vivenciados a partir da experiência de investigação e de intervenção durante o estágio curricular obrigatório em Serviço Social. A experiência do estágio curricular obrigatório possibilitou entender que nos espaços socio-ocupacionais o assistente social precisa ingressar nas instituições empregadoras como parte de um “Coletivo de trabalhadores que implementa as ações institucionais/empresariais, cujo resultado final é fruto de um trabalho combinado ou cooperativo, que assume perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais.” (IAMAMOTO, 2009, p. 13).

#### 4.1 O ACOLHIMENTO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: PARTICULARIDADES DO SERVIÇO SOCIAL

O estágio curricular obrigatório em Serviço Social I, II e III ocorreu no Hospital da Criança Conceição (HCC), em Porto Alegre, na Unidade de Internação de Adolescentes, no período de março de 2015 a julho de 2016 (três semestres). Essa vivência foi fundamental para aprofundar a relação teórico-prática – na medida em que possibilitou o conhecimento e as aproximações dos processos de trabalho nos quais o assistente social está inserido –, para reconhecimento do espaço socio-ocupacional na alta complexidade e para reconhecimento dos limites institucionais existentes para o exercício profissional. Neste sentido, Lewgoy (2014) afirma que o estágio:

[...] aproxima os estudantes do caráter interventivo da profissão, favorecendo a percepção crítica da realidade, de suas contradições, limites e potencialidades. Isso reforça e institui o estágio como um espaço fundamental na formação da capacidade de análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do discente, que precisa apreender os elementos concretos os quais constituem a realidade social capitalista e suas contradições, de modo a intervir posteriormente, como profissional, nas diferentes expressões da questão social. (LEWGOY, 2014, p. 55)

Este processo no período de formação acadêmica possibilitou, além do amadurecimento pessoal, também o aprofundamento da relação teórico-prática. Foi possível – a partir do reconhecimento das atribuições profissionais, dos objetivos da profissão, da direção ético-política, do objeto profissional e da concepção de trabalho do Assistente Social

– perceber que a categoria é pertencente à classe trabalhadora que sofre também com a precarização do trabalho. A partir disso, destaca-se o processo de supervisão acadêmica, pois é o espaço onde é discutido o cotidiano de estágio. Segundo Lewgoy (2009): “[...] a cotidianidade do processo de formação apresenta uma multiplicidade de atividades que, ao se tornarem rotineiras e reprogramáveis, correm o risco de absorver e ofuscar o exercício de pensar sobre o realizado, de forma alienante e alienadora.” (2009, p. 19).

Sendo o período de estágio um momento único de aprendizado e de descoberta, a supervisão é necessária para auxiliar na problematização do que está posto no cotidiano dos espaços socio-ocupacionais, contribuindo para desvelar as questões que estão intrínsecas e buscar romper com a imediatividade, trazendo uma visão que vá além da singularidade presente nas demandas e relações institucionais. Segundo Guerra e Braga (2009), “[...] ensinar e aprender são experiências indissociáveis do processo de Supervisão, que se materializam na relação intrínseca entre estágio, supervisão acadêmica e de campo e supervisão profissional.” (2009, p. 4).

Pode-se dizer que o estágio é um processo de aprendizado dinâmico e contínuo, o que possibilita compreender a importância de conhecer o território da instituição e as relações sociais estabelecidas. A partir da análise socioinstitucional, para o desvelamento das demandas institucionais e dos usuários, foi de extrema importância conhecer o hospital e sua história, pois a partir desta história é que se pode reconhecer o movimento da instituição que se vivencia na atualidade.

O Hospital da Criança Conceição foi inaugurado em 1969, como uma instituição privada que compunha o então Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição S.A. Em 1975, o Grupo Nossa Senhora da Conceição S.A, que era vinculado à Previdência Social (Instituto Nacional de Previdência Social - INPS), foi encampado pela União Federal, que interveio e desapropriou as instituições pertencentes ao Grupo, tornando-as públicas e posteriormente vinculadas ao Sistema Único de Saúde sob nova denominação de Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O Hospital da Criança Conceição e o Hospital Nossa Senhora da Conceição juridicamente são uma instituição só. Porém, os serviços prestados pelo Hospital da Criança Conceição são todos voltados para a saúde da criança e do adolescente.

O Hospital da Criança Conceição tem atendimento 100% do Sistema Único de Saúde e faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que é constituído pelos hospitais Conceição, Fêmeina, Cristo Redentor, Serviços de Saúde Comunitária, UPA Moacyr Seliar, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em

Saúde – Escola GHC (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2015). O HCC é uma instituição pública federal vinculada ao Ministério da Saúde, e os serviços prestados são todos voltados à saúde da criança e do adolescente. É uma instituição-escola, ou seja, além dos campos de estágio há também a presença de residentes das áreas de saúde. O hospital possui duas gerências: de internação e de administração. É conhecido como referência no atendimento a crianças e adolescentes de todas as localidades do Rio Grande do Sul, especialmente da região metropolitana e capital. O HCC é vinculado à Rede Cegonha<sup>19</sup> e recebeu em 2001 o título de Hospital Amigo da Criança<sup>20</sup>, sendo especializado em pediatria geral, UTI neonatal e pediátrica, cirurgias pediátricas e serviço de oncologia/hematologia. Sua capacidade máxima é de 217 leitos e a nível ambulatorial e emergencial são ofertadas 196 mil consultas por ano (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2015).

O Hospital da Criança Conceição dispõe de uma unidade de internação clínica para o atendimento exclusivo de adolescentes, contando com oito leitos. Essa unidade de internação visa à prevenção, cura, melhora ou estabilização de doenças e agravos que se manifestam no período da adolescência. Embora o HCC tenha uma unidade exclusiva para o atendimento de adolescentes, esse cuidado vai apenas até os 13 anos, 11 meses e 29 dias de idade; ao completarem 14 anos os adolescentes são encaminhados ao serviço de adolescentes do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A unidade de internação do HCC contém uma equipe multiprofissional composta pela Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, entre outros. Essa unidade de internação tem como objetivo a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens de 10 a 14 anos<sup>21</sup> no âmbito de uma política nacional, visando à promoção de saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2015). Para tal, realizam-se ações no sentido de

[...] capacitar a assistência com o treinamento técnico, aprimoramento profissional, trabalhando com a especificidade de cada profissional. Envolvido no processo de atendimento de adolescentes em toda a rede pública de saúde nos diferentes níveis de atenção. Visa também às ações interdisciplinares entre diferentes instituições de saúde e da sociedade para abarcar os diversos níveis de intervenção que promovam a melhora e auxiliem na cura ou na manutenção de doenças numa estabilidade,

<sup>19</sup> Iniciativa do Ministério da Saúde para oferecer uma rede de cuidados para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento com saúde.

<sup>20</sup> Uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde, UNICEF e Ministério da Saúde para promover e apoiar o aleitamento materno nos hospitais pediátricos e maternidades.

<sup>21</sup> Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), definindo a adolescência entre 10 e 19 anos, sendo um contraponto ao limite de idade estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que considera a adolescência dos 12 aos 18 anos de idade.

podendo minimizar recaídas dos quadros patológicos ou as sistemáticas buscas de atenção médica. Partindo de uma compreensão do conceito de saúde que leva em consideração a pluralidade de realidades que compõem a vida do adolescente, o GHC inclui também ações que preparam o adolescente para a vida de trabalho desde os programas de estágio e o Jovem Aprendiz. (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2015).

Fundamentando-se nos conhecimentos adquiridos através da análise institucional, foi possível o planejamento e a elaboração de um Projeto de Intervenção condizente com a realidade do campo socio-ocupacional. A partir da aproximação com a realidade da unidade de internação de adolescentes surgiu o projeto de intervenção denominado “Abrir a porta a quem não bateu – O Serviço Social inserido na Linha de Cuidados de Adolescentes do Hospital da Criança Conceição”, que se destinou a promover o acolhimento dos adolescentes de 12 a 14 anos e de suas famílias/responsáveis legais na unidade de internação de adolescentes do Hospital da Criança Conceição. O projeto surgiu a partir da compreensão de uma necessidade de atendimento aos usuários da unidade de internação do HCC, sendo adolescentes de 12 a 14 incompletos e suas famílias/responsáveis legais. Os usuários foram acompanhados pelo serviço social durante a internação até o momento da alta hospitalar. O projeto buscava contribuir para que acontecesse o movimento de “abrir a porta a quem não bateu”, como recorda o poeta Fernando Pessoa (1965), sendo possível o reconhecimento da diretriz do acolhimento. O acolhimento, como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), é o primeiro contato com o usuário e suas demandas, valorizando sua fala e privilegiando a escuta (BRASIL, 2010).

O projeto de intervenção almejou proporcionar um atendimento de qualidade, visando ao bem-estar do adolescente e à atenção integral<sup>22</sup> propostos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a), contribuindo para o acesso aos direitos sociais. Sendo a adolescência reconhecida como

[...] período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social. (EISENSTEIN, 2005. p. 6).

---

<sup>22</sup> O artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente garante que é “[...] dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.” (BRASIL, 1990a).

A proposta do projeto contribuiu para a reflexão e participação dos usuários adolescentes no que diz respeito ao exercício de sua cidadania, baseados nos princípios de integralidade, equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990b), pois entende-se que nessa etapa da vida o indivíduo (adolescente) deixa a infância e se prepara para o exercício pleno de sua cidadania, sendo agente transformador da realidade. Os objetivos específicos desse projeto foram constituídos para possibilitar a identificação das demandas próprias do serviço social presentes na unidade de internação, buscando a vinculação dos usuários com a rede de atendimento.

Em relação ao trabalho realizado na unidade de internação de adolescentes verificou-se que a intervenção se operacionalizava a partir da busca ativa, e não por demanda espontânea, através do acolhimento a todos os usuários e seus familiares no início do período de internação. Pode-se dizer que o acolhimento compõe os instrumentos para operacionalização do trabalho, e não se limita: “[...] ao ato de receber, ouvir, mas a uma sequência de atos que buscam a intervenção resolutiva. A resolutividade diz respeito ao uso de toda tecnologia disponível para atender à demanda ligada à integralidade do usuário, tanto na dimensão individual como na coletiva.” (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 242).

Neste sentido, tratar o conceito da integralidade em uma dimensão individual e coletiva quer dizer que é necessário reconhecer os adolescentes em suas singularidades e necessidades sociais, compondo o olhar a partir da totalidade e enxergando as expressões da questão social vivenciadas por eles a partir do contexto das reações sociais mais amplas. Assim, o acolhimento contribui para a identificação dos usuários que necessitavam do acompanhamento do serviço social durante a internação. O momento de acolher também serviu (serve) para a socialização de informações, fornecendo orientações sobre o funcionamento do hospital e o setor de serviço social, como o horário de atendimento, a identificação do assistente social responsável por cada unidade de internação/ambulatório, além dos horários do refeitório para os acompanhantes.

Além dos diagnósticos e tratamentos das doenças é preciso considerar as expressões da questão social identificadas nos atendimentos aos pacientes/usuários, que não são particulares dos usuários da unidade de internação de adolescentes e seus familiares, mas que perpassam toda a classe trabalhadora, ou seja, a totalidade das relações sociais do contexto da sociedade capitalista. Neste local era comum realizar o atendimento para questões envolvendo: violência; abuso de álcool e outras drogas; abandono; vínculos fragilizados; não

acesso à educação e a condições dignas de habitação; falta de saneamento básico em seu território, entre outras. Nesse sentido:

Apenas para pensarmos na magnitude de tais desafios, lembremo-nos que os hospitais-escola que integram o sistema público de saúde são, no geral, hospitais de grande porte, destinados ao atendimento de pacientes de alta complexidade e muito frequentemente convivendo com altos níveis de exclusão social. (MARTINELLI, 2003, p. 15).

Por isso, o assistente social, através de sucessivas aproximações, acaba desvelando a realidade dos sujeitos. Também é esse profissional que, na maioria das vezes, se torna responsável pela visibilidade para toda a equipe de saúde dos determinantes sociais, fazendo a articulação com serviços da rede. À medida que o assistente social toma para si a responsabilidade de mostrar seu trabalho, também realiza o movimento de construção de sua identidade profissional, uma vez que muitos profissionais de outras especialidades pouco conhecem a profissão. Além disso, é de fundamental importância frisar todos os dias o que significam as condições de vida dos sujeitos, para que possam ser percebidos como sujeitos de direitos, integrando uma sociedade.

No que se refere ao trabalho do assistente social, as principais demandas que surgem no cotidiano hospitalar do HCC para esse profissional estão vinculadas, principalmente, ao processo de alta hospitalar, podendo se expressar através da obtenção de medicamentos e/ou fórmulas lácteas, encaminhamentos para setores de outras políticas sociais (como a assistência social, habitação, previdência social) e, em caso de situações de risco, encaminhamento para os órgãos de proteção da criança e do adolescente. Encaminhar os usuários para acompanhamento e acesso à rede de serviços possibilita o cuidado integral em saúde, ampliando as capacidades que podem ser desenvolvidas tanto no contexto hospitalar quanto em sua própria comunidade por meio de redes de apoio, sendo fundamentais para ampliar a proteção e a autonomia.

É importante que as outras profissões atuem na perspectiva da garantia de direitos. Porém, muitas vezes estas práticas ocorrem de forma fragmentada, e não de forma interdisciplinar, conforme preconiza os parâmetros legais, pois as orientações são realizadas de forma diferente e desconexas para os usuários e seus familiares. Assim, muitas vezes o Serviço Social acaba assumindo a função de esclarecer dúvidas e fazer encaminhamentos necessários a todos esses direitos, com o objetivo de contribuir para o acesso (RAMOS, 2015). Conforme aponta Martinelli (2003, p. 14), “[...] não é exagero afirmar que o Serviço

Social permeia a estrutura organizacional como um todo, participando da malha de interações que se processa no contexto hospitalar."

Para compreender o cuidado em saúde parte-se do princípio de que deve estar presente na realização dos processos de trabalho o tratamento ao outro com respeito, acolhendo, propiciando a criação do vínculo, atendendo os sujeitos em seu sofrimento, buscando qualidade e resolutividade. Para tanto, evidenciar o cuidado em saúde existe uma necessidade de buscar a integralidade. Compreende-se que o cuidado integral é através da não fragmentação das ações, utilizando-se da rede de serviços para produzir o cuidado, pois a rede é constituída de ações articuladas e integradas entre as diversas organizações governamentais e não governamentais (ONGs)<sup>23</sup> que atuam nas políticas sociais. Desta forma, tem-se que a realidade social é dinâmica e exige que cada situação seja avaliada através de suas particularidades, pois as expressões da questão social se manifestam e têm relação profunda com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

Neste sentido, à medida que o acolhimento se processa, este vai também dando sentido para a intervenção daquele que busca o serviço público de saúde como espaço de seu cuidado. Para tanto, a entrevista é realizada à medida que o acolhimento possibilita a tomada de consciência através das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou em seu contexto familiar ou de apoio. Assim, o acolhimento pressupõe um trabalho realizado diretamente com os usuários à medida que no encontro entre eles há o reconhecimento entre o usuário e o profissional, ou seja, é pelo acolhimento que os sujeitos se conhecem e reconhecem. Ainda, também ocorre o reconhecimento da situação do usuário e o diálogo direto empreendido no momento das entrevistas. A entrevista, como já citada, constitui-se em um instrumento privilegiado para a execução do acolhimento, porque é através dela que ocorre o reconhecimento do usuário e do profissional. É neste momento que se coleta as informações referentes à situação imediata, entendendo também ser a ocasião em que o usuário pode expressar suas demandas e dizer o que ele necessita, seja no âmbito da saúde ou para além deste setor.

Utiliza-se da entrevista uma vez que é através dela que haverá coleta de dados junto ao usuário e aos outros membros da equipe profissional. Mesmo na diversidade de abordagens – individuais ou coletivas, em reuniões ou em idas aos leitos – é a entrevista que norteará o

---

<sup>23</sup> Contudo, reforça-se que o Estado, apesar de repassar recursos públicos para que as ONGs desenvolvam ações sociais, não deve ser desresponsabilizado de atender diretamente às demandas e necessidades dos usuários, devendo estas serem atendidas pelo Estado através do acesso às políticas públicas, visando o enfrentamento das desigualdades sociais que geram a vulnerabilidade social, tendo em vista a busca pela equidade e justiça social na garantia de acesso aos direitos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

processo de acolhimento. O intuito dessa aproximação com a realidade vivenciada pelo usuário é contribuir para que se tenha um olhar que abarque diversos aspectos da vida social daquele indivíduo, facilitando a comunicação e estabelecendo assim uma relação profissional. Dentro do instrumento de entrevista existem técnicas que contribuem para o melhor entendimento sobre as questões apresentadas, como a habilidade de escuta e de observação, que são muito importantes, pois permitem a decodificação dos gestos, do silêncio e das mensagens intrínsecas nas expressões do usuário.

O fato de acolher os usuários no início da internação possibilitou conhecê-los ao ir aos seus leitos e realizar as entrevistas. A aproximação aconteceu entre ambas as partes, da profissional (estagiária) em relação aos usuários e dos usuários em relação à profissional (estagiária). Apesar de os usuários terem o conhecimento de que se tratava de uma aluna em período de aprendizagem, as situações de necessidade, dúvida e orientações eram levantadas para que se buscasse uma alternativa, até mesmo em conjunto. O acolhimento implicava, em geral, no estabelecimento da criação de vínculo entre os profissionais e os usuários, e este processo foi percebido mais explicitamente em vários casos onde houve a confiança necessária para expor as situações complexas da vida.

Pensa-se a orientação e o acompanhamento como ações de natureza socioeducativa que interferem diretamente na vida dos usuários e suas famílias (MIOTO, 2009). A ação socioeducativa foi sendo desenvolvida na medida em que o usuário apresentava parte de sua história de vida, revelando situações complexas, principalmente referentes à vida familiar e à fragilização em acessar seus direitos sociais.

Mioto (2009) traz que as ações socioeducativas realizadas no âmbito profissional se materializam através de dois pilares:

Um diz respeito à socialização de informação no seu sentido mais amplo, considerando direito do usuário a ter acesso e usufruir de todo conhecimento socialmente produzido necessário para a melhoria das suas condições de vida. O outro se refere ao processo reflexivo desenvolvido no percurso da relação estabelecida entre profissionais e usuários, pautando-se no princípio de que as demandas trazidas à instituição por ações individuais ou através de grupos são matéria-prima para formação de consciências críticas. (MIOTO, 2009, p. 502).

Nesse sentido, entende-se que o projeto de intervenção – ao divulgar possibilidades de serviço e formas de acesso aos direitos dos usuários do HCC – contribuiu para dar visibilidade à rede, com vistas ao atendimento integral dos adolescentes, de forma que eles possam usufruir dos espaços públicos de saúde. Ainda, a prática de informá-los se apresenta como estratégia para envolvê-los na participação do serviço, bem como possibilita a

reivindicação por parte deles do que está indicado enquanto direito, mas que, por determinado motivo, não está se realizando ou sendo acessível. Nesse sentido, quando o acesso à informação se realiza pode estimular a reflexão sobre as contradições da realidade social e estimular uma aproximação com a participação social.

Verifica-se, então, que o acolhimento surge como a mudança de práticas e de processos de trabalho dos profissionais da saúde, centrando no usuário e suas necessidades. A modificação do foco de intervenção inverte a lógica da doença/cura enquanto ponto principal, oportunizando a recepção e o acolhimento do usuário como um sujeito de direitos, possibilitando seu acesso, criando o vínculo que se torna necessário para a intervenção entre profissionais e usuários, oportunizando uma diferente dimensão da atenção. O modelo de saúde vigente anteriormente era o hospitalocêntrico e o médico assistencial-privatista, que centravam a atenção não no usuário e em suas necessidades, mas na atenção que era desenvolvida dentro de um ambiente hospitalar, de institucionalização do usuário e das suas demandas, ignorando, por exemplo, os conceitos de integralidade e a universalização do sistema.

O acolhimento pode se dar no cotidiano, pois no dia-a-dia ações são desenvolvidas junto ao usuário; seu entendimento como ser humano existe, e o acolhimento para indivíduos pode ser sentido em qualquer momento do dia, em qualquer ação que se realize e em qualquer espaço. A partir do acolhimento aos usuários na Unidade de Internação de Adolescentes do HCC, foram realizadas reuniões para a discussão de casos e rotinas a serem adotadas pela equipe. O serviço social participou contribuindo para que o atendimento realizado aos usuários fosse enriquecido através da discussão dos casos, planejando, executando e avaliando com a equipe de saúde ações que assegurassem a saúde enquanto direito (CFESS, 2010). Considera-se, nesse processo, o sigilo profissional, uma vez que não se busca com as reuniões expor a vida dos usuários. A inserção do serviço social nesse espaço interdisciplinar proporcionou a efetivação de uma visão que compreendesse as expressões da questão social que estão intrínsecas na realidade dos sujeitos, contribuindo para que a prioridade da equipe fosse visualizar o usuário a partir da totalidade, buscando o atendimento integral aos adolescentes e suas famílias.

A partir da busca pelo atendimento integral ao adolescente os encaminhamentos foram efetuados para equipamentos de diversas políticas públicas e sociais, como a política de Assistência Social – através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) –, sendo uma demanda

expressiva dos usuários a questão da inserção no Programa Bolsa Família. Para além da inserção no Bolsa Família, o encaminhamento contribui para que o usuário tenha a possibilidade de ser inserido em projetos e ações realizadas nos equipamentos do seu território de origem, assim como o encaminhamento ao PAD<sup>24</sup> (um programa disponível aos usuários do HCC), sendo também uma das orientações construídas coletivamente pela equipe de saúde da unidade de internação.

Os encaminhamentos para o Conselho Tutelar e outros órgãos de proteção para acompanhamento se faz necessário a partir das situações de risco, abandono, violência e outras diversas situações que necessitem de interferência direta para a proteção e garantia dos direitos das crianças e adolescentes. Uma demanda expressiva era o encaminhamento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) através das Agências do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Embora o BPC seja regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), a sua operacionalização é feita por meio da Previdência Social, em agências do INSS. O Benefício de Prestação Continuada (BPC), que se refere a um benefício individual, é não vitalício e intransferível, e:

[...] assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar per capita deve ser inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo vigente (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2010).

O acesso ao BPC representa a autonomia para as famílias, uma vez que a internação e o processo de adoecimento trazem inúmeras questões, como o dinheiro para transporte, medicações, cuidado de terceiros, entre outros. Também há a questão de que frequentemente

---

<sup>24</sup> O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) foi implementado no ano de 2004 pelo Grupo Hospitalar Conceição, com os objetivos de: reduzir o tempo de internação hospitalar por meio do término do tratamento de saúde no domicílio; realizar a transição do cuidado hospitalar para o domicílio e unidade básica de saúde; orientar e auxiliar usuários e familiares na produção do cuidado; e atuar de forma a reduzir as reinternações hospitalares de indivíduos com doenças crônicas. O programa tem como pré-requisitos: a) ser paciente do Grupo Hospital Conceição; b) possuir doenças crônicas; c) residir na zona norte de Porto Alegre; e d) a existência de um cuidador domiciliar de referência. A equipe multiprofissional faz visitas domiciliares regularmente aos usuários e além do tratamento de saúde fornecem suporte ao cuidador domiciliar. Este serviço é essencial para a melhora no quadro de saúde e para melhor qualidade de vida. (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2015).

o responsável legal tem que se ausentar de seu emprego para desempenhar o papel de cuidador. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010) aponta que

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. (CFESS, 2010, p. 43).

O assistente social precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias a partir das demandas apresentadas pelos usuários, pois as demandas emergenciais impossibilitam o enfoque nas ações profissionais que devem transpor o imediatismo face à dinâmica de trabalho, que pode ser alienante<sup>25</sup>. Para romper com o imediatismo, um dos objetivos do projeto foi de encaminhar os usuários para acompanhamento e acesso à rede e beneficiar-se das capacidades que podem ser “[...] desenvolvidas tanto no contexto hospitalar quanto em sua própria comunidade por meio de redes de apoio, o que é fundamental para sua proteção e autonomia.” (MARTINELLI, 2011, p. 503). Compreende-se que essa ação se apoia nos princípios do Código de Ética do/a Assistente Social (1993), que aponta, entre seus deveres: “a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais” e “c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as” (CFESS, 1993, p. 29). É essencial, também, considerar que

Algumas reflexões são importantes sobre o significado da alta e da **autonomia** do usuário no serviço de saúde e que procedimentos a equipe deve adotar coletivamente. O usuário, na condição de sujeito protagonista da sua história, deve ser autônomo para decidir sobre os rumos do tratamento de saúde a ser adotado e a que procedimentos deve ser submetido. (CFESS, 2010, p. 48, grifo nosso).

É importante caracterizar o entendimento de ação profissional que se estrutura na apreensão da realidade e dos sujeitos para os quais é destinada, na definição dos objetivos e na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados a essas abordagens (NOGUEIRA;

---

<sup>25</sup> Yamamoto (2007, p. 48) debate sobre o processo de reprodução das relações sociais na sociedade capitalista na sua dinâmica contraditória, ou seja, tratando a sociabilidade a partir do capitalismo e seu movimento global, afirmando que “Na sociedade burguesa, quanto mais se desenvolve a produção capitalista, mais as relações sociais de produção se alienam dos próprios homens, confrontando-se como potências externas que os dominam. Essa inversão de sujeito e objeto, inerente ao capital como relação social, é expressão de uma história da auto-alienação humana.”.

MIOTO, 2009). A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos – construídos pela profissão em determinado momento histórico – e os procedimentos técnico-operativos – que foram adotados a partir disso. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde, como a concepção de saúde ampliada, a integralidade, a rede, a interdisciplinaridade e a participação social, já ressaltados anteriormente. O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 evidencia as expressões da questão social ao apontar 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 sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, artigo 196), e indicando fatores que são determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, ressaltando que “[...] os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.” (BRASIL, 1990b, artigo 3º).

O trabalho profissional deve-se pautar não apenas pelos fundamentos teórico-metodológicos, mas também pela dimensão técnico-operativa, pois a partir dos instrumentos (ou seja, meios como a entrevista, a observação, os encaminhamentos, o acolhimento, a visita domiciliar, entre outros) que se possibilita a capacidade de identificação e de consciência das condições materiais de vida e das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil.

Para uma melhor compreensão busca-se relacionar as dimensões da categoria profissional do assistente social com a breve apresentação de um caso, problematizando a realidade a partir do olhar do serviço social.

Um adolescente de 13 anos de idade se internou na unidade de adolescentes por conta de episódios convulsivos. Segundo a anamnese<sup>26</sup> realizada na emergência, o adolescente fazia uso de álcool e outras drogas. A família, proveniente da região metropolitana de Porto Alegre, era composta por cinco pessoas: o adolescente, sua mãe, um irmão de 11 anos, outro de 15 anos e o pai. Ao iniciar o acolhimento, prosseguiu-se com a realização de uma entrevista com a mãe e o adolescente no leito, onde surgiram diversas questões nesse primeiro contato. Foi relatado que o pai do adolescente cumpria pena em regime de privação de liberdade em um presídio da capital, de forma que a mãe do adolescente optou por proibir os filhos de visitar o pai, segundo ela para não expor os filhos ao ambiente carcerário. Os três meninos estavam em situação de infrequência escolar, o que, de acordo com a mãe, era por conta do uso de álcool e

---

<sup>26</sup> Questionário feito por profissionais de saúde onde o propósito é a busca pelo diagnóstico de uma doença para melhor tratá-la.

outras drogas e pelo fato de sentirem muita falta do pai. Segundo o adolescente o pai era muito próximo de seus filhos.

Em resposta às demandas geradas a partir desse primeiro contato realizou-se o contato com a rede de serviços<sup>27</sup>. A primeira tentativa foi com a escola, onde a coordenadora pedagógica relatou que a equipe da escola tentou diversas aproximações com os adolescentes para que não houvesse o abandono escolar. A mãe do adolescente tentou com a equipe trazer os adolescentes de volta ao contexto escolar, mas, segundo ela, os adolescentes diziam não ter mais interesse em continuar na escola, pois o ambiente não era mais “interessante”<sup>28</sup>. A coordenadora relatou também que os três irmãos frequentemente eram vistos no portão da escola com outros amigos fazendo uso de substâncias psicoativas. Com relação ao abuso de álcool e outras drogas, fez-se contato com a Unidade Básica de Saúde (UBS) do território e com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), explicando o caso e solicitando o acompanhamento pelos profissionais desses equipamentos. Para o acompanhamento da situação foi solicitado à equipe do Conselho Tutelar do município que averiguasse a situação de risco que os adolescentes estavam. Nesse sentido também houve o contato com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que é o serviço especializado em acompanhar situações onde os direitos sociais foram violados, o que no caso dos adolescentes se caracterizava principalmente pela violação do acesso à educação.

Destaca-se, a partir do exposto, a dimensão técnico-operativa, que “[...] envolve um conjunto de estratégias, táticas e técnicas instrumentalizadoras da ação, que efetivam o trabalho profissional, e que expressam uma determinada teoria, um método, uma posição política e ética.” (SANTOS, 2013, p. 26).

Como os instrumentos são considerados meios de se alcançar uma finalidade, ao escolher um determinado instrumento de ação o profissional deve ter clareza da finalidade que pretende alcançar: se está coerente com as finalidades da profissão e se o instrumento escolhido permitirá a efetividade de tais finalidades – sabendo que essa efetividade é aproximativa. Por isso, o profissional deve estar em sintonia com o movimento da realidade, considerando as particularidades dos diferentes espaços em que intervém e, também, estar orientado pelos fundamentos e princípios éticos que norteiam a profissão. (SANTOS, 2013, p. 28).

Lewgoy (2010) também esclarece que a dimensão teórico-metodológica se encontra na interlocução entre história, teoria e método, o que exige apreensão de um conhecimento que

<sup>27</sup> A rede passa a existir na medida em que ela integra e articula diferentes ações (NEVES, 2009), e através dela busca-se a integralidade do cuidado através de ações que se complementam.

<sup>28</sup> Destaca-se que há inúmeras discussões sobre a abordagem escolar considerando que os métodos adotados são arcaicos e não contemplan a transformação da sociedade.

desvele a realidade em seu movimento dialético, no qual se engendra a totalidade das relações sociais que sustentam a sociedade. Santos, C. (2006) destaca a compreensão da teoria como a forma que o assistente social se utiliza para apreender a realidade e as expressões da questão social que ali se encontram, compreendendo seu movimento, sua direção, suas contradições.

Assim, ao escolher os instrumentos e técnicas também olhamos para a teoria que os embasa, e principalmente para aquilo que é finalidade da intervenção profissional. Tratando-se então das respostas que a profissão vem dando às demandas postas, os encaminhamentos são realizados nessa perspectiva, no intuito de viabilizar o acesso e promover a integralidade, considerando os diversos aspectos da vida do usuário.

No próximo encontro com o adolescente e sua mãe foi passado os contatos que tinham sido realizados (previamente acordado com eles), a fim de construir coletivamente uma estratégia que privilegiasse essas diversas questões apresentadas. O adolescente, após o pedido da mãe, se dispôs a ir ao CAPS, desde que fosse reavaliada a questão dele poder visitar o pai. Quanto à escola, o adolescente disse que no momento não voltaria devido ao final do ano letivo, mas reconsideraria retomar os estudos conforme chegasse o próximo ano. Separadamente foi realizado o acolhimento com a mãe, explicitando os encaminhamentos e discutindo o contato com o conselho tutelar, explicando que o contato se faz necessário como medida de proteção ao adolescente e aos seus irmãos.

Ressalta-se que após esse atendimento o usuário em questão teve alta hospitalar, o que evidencia uma ruptura ao atendimento direto a ele, mas não ao acompanhamento dos encaminhamentos que se fez necessário diante das situações expostas pela família. Isso demonstra que o cuidado em saúde vai além de uma única área de conhecimento profissional no que diz respeito à articulação dos saberes para o acolhimento das necessidades dos usuários e de sua família.

Compreende-se que para responder às demandas do cotidiano profissional se faz necessário o conhecimento sobre as legislações, a capacidade de apreensão do método e das teorias que baseiam o trabalho profissional do assistente social e, conseqüentemente, da relação que se faz com a prática.

[...] a capacidade teórico-metodológica é que permite uma apreensão do processo do social como totalidade, reproduzindo o movimento do real em suas manifestações universais, particulares e singulares em seus componentes de objetividade e subjetividade, em suas dimensões econômicas, políticas, ética, ideológicas e culturais, fundamentado em categorias que emanam da adoção de uma teoria social crítica. (ABESS/CEDEPSS, 1996, p. 152).

Ainda, defende-se que o trabalho profissional deve se pautar no processo reflexivo sobre o Projeto Ético-político, o que significa considerar a relação entre projeto profissional e projeto societário. Pode-se inferir que os projetos profissionais apresentam a autoimagem da profissão, com os valores que a legitimam socialmente, a delimitação dos objetivos e funções, os requisitos (teóricos, práticos, institucionais e éticos) para o seu exercício, as normas para o trabalho profissional e os parâmetros para as relações com os usuários de seus serviços, com seus pares, com as outras profissões e com as instituições sociais (privadas e públicas) (NETTO, 2009a).

Conforme se propõe a intervenção com intencionalidade clara e também se atua com respeito aos sujeitos, constrói-se uma identidade profissional vinculada à garantia do acesso aos direitos sociais, bens e serviços, democratizando as informações por meio de orientações e/ou encaminhamentos (CFESS, 2010). À medida que o Serviço Social enfatiza os múltiplos determinantes que condicionam a saúde da população usuária juntamente aos colegas e profissionais da equipe, bem como com o usuário, objetiva a criação de uma nova cultura de atendimento pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS, conforme preconizado pela PNH.

Vasconcelos (2002) discorre acerca da

[...] quantidade de pacientes e a sua rotatividade nos hospitais dificultam a atenção ao usuário, o que se complica ainda mais pela prioridade dada ao atendimento individualizado pelos assistentes sociais. Se ao paciente internado a atenção individual, por vezes, é necessária, quando não prioritária, aos familiares o atendimento coletivo torna-se essencial, não só em termos da democratização das informações imprescindíveis sobre os direitos na atenção prestada, mas, principalmente, no seu fortalecimento para enfrentar as relações de poder e a burocracia institucional. (VASCONCELOS, 2002, p. 485).

E, além disso, quando se discute com os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças (CFESS, 2010), isso irá contribuir para a “[...] ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras.” (CFESS, 1993), princípio defendido pelo Projeto Ético-Político profissional. A clareza sobre a intencionalidade das ações desenvolvidas pautadas na defesa dos direitos – assim como o compromisso ético a favor da liberdade, equidade, democracia e justiça social – contribuem para que se tenha qualidade nos serviços prestados, privilegiando sempre os interesses da classe trabalhadora.

Iamamoto (2004, p. 24) ressalta que “É o conhecimento criterioso dos processos sociais e sua vivência pelos indivíduos sociais que poderá alimentar ações inovadoras capazes de propiciar o reconhecimento e atendimentos às efetivas necessidades sociais dos segmentos subalternizados, alvo das ações institucionais.”. Neste sentido, o Serviço Social atualmente está inserido dentro de uma perspectiva dialética, na qual se lida diretamente com a dinâmica da sociedade capitalista, atendendo às demandas que crescem na medida em que as desigualdades sociais se transformam e se engendram, criando novas situações e desafios para a classe trabalhadora, bem como para os profissionais do serviço social. Ressalta-se que as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política constituem níveis diferenciados de apreensão da realidade, entretanto são indissociáveis entre si, formando uma unidade, apesar de suas particularidades (GUERRA, 2000). Portanto, o trabalho profissional baseado nos princípios da Reforma Sanitária, tendo o acolhimento como uma ação, possibilita uma convergência entre os princípios do SUS e os da PNH, mesclando-se em ideários que se aliam ao trabalho profissional do assistente social e buscando viabilizar o que é transmitido através do projeto ético-político profissional.

## 5 CONCLUSÕES

Construir este trabalho de conclusão suscitou a reflexão sobre todo o período da graduação, os aprendizados da sala de aula e as disciplinas que multiplicavam os saberes e de forma dialética complementavam-se, embasando o trabalho profissional. Isso proporcionou um expressivo crescimento profissional, mas principalmente pessoal. A transformação que ocorreu no âmbito do amadurecimento intelectual, cultural e político é fruto também de uma articulação entre o contexto acadêmico, o espaço socio-ocupacional de estágio, a realidade social vivenciada e principalmente a consciência crítica que foi se construindo a partir da compreensão do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Nesse sentido, o trabalho de conclusão possibilitou um processo de construção de conhecimento daquilo que foi vivido no processo de estágio, procurando realizar um aprofundamento teórico acerca do trabalho profissional em um equipamento de alta complexidade do SUS. Através das leituras, diálogos e questionamentos foi possível tomar conhecimento sobre aquilo que era realizado nesse espaço, enxergando como contribuição para que os usuários tivessem acesso aos direitos sociais através do acolhimento.

Entende-se que o estágio curricular obrigatório proporcionou o conhecimento da realidade do espaço socio-ocupacional do assistente social na Política de Saúde, bem como das consequências das desigualdades sociais materializadas pelas diferentes expressões da questão social, compreendida como objeto do Serviço Social, buscando intervir na unidade de Adolescentes a fim de viabilizar o acesso aos direitos sociais.

Ao longo do capítulo 2 estudou-se a importância de compreender a luta pelo reconhecimento da saúde enquanto direito social e dever do Estado, movimento que culminou no Projeto da Reforma Sanitária, objetivando a materialização do sistema de saúde público. A Política Nacional de Humanização se coadunada com os princípios sanitários e contribui para o processo de universalização e pela busca da integralidade do cuidado em saúde.

A partir do capítulo 3, que discorre sobre o acolhimento, conclui-se que este faz parte integrante do processo interventivo do trabalho profissional, viabilizando a escuta, o processo de socialização das informações e privilegiando o conhecimento sobre a realidade social do usuário. Também se pode afirmar que o acolhimento objetiva o acesso aos direitos sociais, portanto, é um importante elemento, que demanda conhecimento do profissional desde o aporte técnico-operativo até os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão.

No processo de estágio obrigatório, percorrido ao longo do capítulo 4, considerou-se a importância do trabalho profissional realizado a partir dos princípios éticos e políticos do serviço social, fundamentado a partir da compreensão do conceito de acolhimento, trazido no capítulo anterior. Ainda, com base nos parâmetros de atuação do Assistente Social na saúde, nota-se a necessidade do serviço social se afirmar continuamente na busca da garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários, bem como defender a equidade, a justiça social e a democracia, o que proporciona a universalidade do acesso à política de saúde pública.

Pode-se dizer que o trabalho do assistente social nos espaços socio-ocupacionais tem desafios e possibilidades. Como desafios para a viabilização do acesso aos direitos sociais dos adolescentes (que também limitam a intervenção profissional do serviço social) foram identificados: embates entre a equipe na busca pela interdisciplinaridade; e a necessidade de trabalho em rede, a fim de contemplar a integralidade do cuidado em saúde. Um dos maiores desafios vividos no cotidiano de estágio foi instigar nos demais profissionais de saúde a reflexão sobre a realidade social dos usuários e seus direitos sociais, para que assim se possibilitasse o entendimento da importância deste conhecimento para o cuidado integral em saúde.

Dessa forma, verificou-se que o acolhimento é uma possibilidade e se torna o espaço privilegiado para a busca pela garantia ao atendimento integral às necessidades dos usuários, seja uma necessidade de saúde ou em relação aos demais direitos sociais. Conclui-se que ele é realizado por meio de uma escuta qualificada, que busca analisar as necessidades dos usuários no decorrer de uma entrevista, utilizando-se, portanto, de variados instrumentos técnico-operativos do Serviço Social. Neste sentido, a atuação profissional corrobora para a garantia do acesso às políticas públicas e sociais, que conformam a rede de proteção social disponibilizada pelo Estado, colaborando, dessa forma, para a afirmação e ampliação da cidadania.

Para finalizar, estar presente neste processo foi também a compreensão do vínculo entre profissional e usuário, bem como a conquista de fazer valer a busca pela consolidação da integralidade do cuidado em saúde, o que implica diretamente na democratização dos espaços públicos, das políticas sociais e especialmente do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABESS/CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. **Serviço Social & Sociedade**. n. 50. São Paulo: Cortez, 1996.
- ALCANTARA, Luciana da Silva; VIEIRA, João Marcos Weguelin. Serviço Social e Humanização na Saúde: limites e possibilidades. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 334-348, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/14332/10744>>. Acesso em: 27 maio 2017.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. (Org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p. 29-60.
- BARROCO, Maria Lúcia. **Ética: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 47-165.
- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005a. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000300014&script=sci_arttext)>. Acesso em: 27 maio 2017.
- \_\_\_\_\_. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200014&script=sci_arttext)>. Acesso em: 26 maio 2017.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. 1ª reimp. Brasília: Letras Livres - Editora UNB, 2008. 324p.
- BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988, 292 p.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Brasília, DF, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987.** Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDES), e dá outras providências. Brasília, DF, 1987.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.** Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, DF, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 setembro 1990b.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990c. Seção 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 21 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos.** 20 ed., Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_2004.pdf)>. Acesso em: 1 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Brasília - DF: Editora MS, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização: O que é a Política Nacional de Humanização?.** Brasília – DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 1 maio 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/Df: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009a. Cap. 5, p. 88-102.

\_\_\_\_\_. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL, 19, 2009, Guayaquil. **Anais... Guayaquil**: Universidad Católica Santiago, 2009b. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2017.

CHUPEL, Claudia.; MIOTO, Regina. **Acolhimento e Serviço Social**: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. Revista Serviço Social & Saúde, Campinas, v. 9, n. 10, dez. 2010.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. **A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde**: notas preliminares. In: SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8. **Relatório final**. Brasília, DF, 1986.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 21 maio. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. CFESS, 2010. Disponível em:

<[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 11 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93. Disponível em:

<[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2017.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 9(1):7-14, 2004 Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 10 de julho de 2017.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

EISENSTEIN, E. **Adolescência**: definições, conceitos e critérios. Adolesc Saude, 2005.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S; LOBATO, L. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues et al. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 136-144, jul/dez. 2006.

FIGUEIREDO, Viviane Mauricio. **Serviço Social e Política de Saúde no Brasil: estudo de uma experiência em um hospital universitário**. 2012. 120 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2012.

FINKELMANN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1995.

\_\_\_\_\_. **Estado sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

\_\_\_\_\_. Por uma sociedade sem excluídos(as). **Observatório da Cidadania**, 2007. Disponível em: <[http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/outras-publicacoes/social-watch-2007/Social Watch 2007 sociedade - Sonia Fleury.pdf](http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/outras-publicacoes/social-watch-2007/Social%20Watch%202007%20sociedade%20-%20Sonia%20Fleury.pdf)>. Acesso em: 11 maio 2017.

GIOVANELLA, L; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GRABOIS, Victor. **Gestão do Cuidado**. In: Roberta Gondim, Victor Grabois e Walter Mendes. (Org.). **Gestão do Cuidado**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EAD Ensp Fiocruz, 2011, v. 1, p. 153-191.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. In: **Serviço Social e Sociedade**. Cortez editora. Ano XXI, n. 62, mar. 2000.

GUERRA, Yolanda. BRAGA, Maria Elisa. **Supervisão em Serviço Social**. 2009. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/46m757L928C08m9UzW7b.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Carta de Serviços ao Cidadão**. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/files/cartacidadao.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2015.

HELLER, Ágnes. Descomposición de la categoría mundo. In: \_\_\_\_\_. **Sociología de la vida cotidiana**. Barcelona: Ed. Península, 1994. p. 30-35.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**. SC: ABEPSS, 2ª ed. p. 9-30. Ano II. V. nº 3, 2004.

\_\_\_\_\_. Capital fetiche, questão social e Serviço Social. In: \_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 195-208.

\_\_\_\_\_. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015. 326 p.

\_\_\_\_\_. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS, Conselho Federal de Serviço Social; ABEPSS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Org.). **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. In: Programa de Capacitação continuada para assistentes sociais. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

KOSÍK, Karel. A Totalidade Concreta. In: \_\_\_\_\_. **Dialética do concreto**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. p. 33-54.

KUHN, Marla Fernanda. Acolhimento. In: FERNANDES, Rosa M. Castilhos; HELLMANN, Aline (Org.). **Dicionário Crítico: Política de Assistência Social no Brasil**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2016. p. 15-17.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. Competência profissional: dimensões do processo de supervisão de estágio. In: LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: Desafios para a formação e o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. Dimensão ético-política: desafios e reafirmação de compromissos. In: LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional**. Cap. 4. Editora Cortez: São Paulo, 2. ed., 2010. p. 150-160.

\_\_\_\_\_. Supervisão de estágio em Serviço Social e os instrumentos normativos: a direção ética, política teórica e pedagógica. In: CARLOS, Sérgio Antonio; LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão em Serviço Social: uma perspectiva de formação permanente**. Porto Alegre: Prorext/UFRGS, 2014.

LEWGOY, Alzira M. B.; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre v. 6, n. 2, p. 233-251, jul./dez. 2007.

LIMA, A. L. G. S. de; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Vol. 10(3): 1037-1051, set.-dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19311.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

LONARDONI, Eliana. OLIVEIRA, Juliene Aglio de. **Serviço Social e Direitos Sociais: Entre a garantia legal e o acesso**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1534/1464>>. Acesso em: 21 maio 2017.

LUCIETTO, Deison Alencar. Uma Revisão sobre os Princípios e as Diretrizes da Política de Saúde: elementos conceituais para o cirurgião-dentista que atua no SUS. **Revista Dentística On Line**, Santa Maria, v. 20, n. 10, p. 39-44, 20 mar, 2011. Disponível em: <<http://coral.ufsm.br/dentisticaonline/1005.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2017.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Notas sobre mediações: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema. **Serviço Social e Sociedade**. n. 43, Ano XIV. São Paulo: Cortez Editora, 1993. p. 136 -141.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica.** *Intervenção Social*, 28, p. 918, 2003. Disponível em: <<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1060/1181>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos.** *Ser. Soc.*, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MATOS, Maurílio Castro. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Org.). **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

\_\_\_\_\_. **O modelo de atenção aos eventos agudos.** Belo Horizonte: Mimeo, 2014.

\_\_\_\_\_. Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 15. v.5, 2010, p. 2297-2305. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. et al. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo, 1997.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Benefício de Prestação Continuada.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/bpc>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MIOTO, Regina Célia. Orientação e acompanhamento social a indivíduos. In: CFESS, Conselho Federal de Serviço Social; ABEPSS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília: CFESS e ABEPSS, 2009. Cap. 5. p. 407-512.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo, OPAS, 2009.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2009a.

\_\_\_\_\_. Introdução ao método na teoria social. In: CFESS, Conselho Federal de Serviço Social; ABEPSS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Org.). **Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais.** Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009b.

\_\_\_\_\_. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

\_\_\_\_\_. **Democracia e Transição Socialista**: escritos de teoria e política. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

NEVES, Marília Nogueira. **Rede de atendimento social**: Uma ação possível? Revista Católica, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009.

NORONHA, José Carvalho; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS - SUDS - SUS: Os caminhos do Direito à Saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo & TAVARES, Ricardo (Org.). **Saúde e Sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

OLIVEIRA, Jaime A.; TEIXEIRA FLEURY, Sônia. M. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. The Lancet, [S. l.], v. 1, p. 11-31, 2011. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352546>>. Acesso em: 254 jun. 2017.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v. 20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2017.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 6, p.4541-4548, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

PEREIRA, Potyara A. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2002.

PESSOA, Fernando. **Obra poética**. Rio de Janeiro: Aguilar, 1965.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco, 2001 p. 65-112.

RIBEIRO, Danielle Sachetto. **O direito à saúde em tempos neoliberais**: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?. 2014. 169 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pósgraduação em Serviço Social, Área de Concentração Políticas Sociais e Gestão Pública, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <[http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2014/01/danielle\\_ribeiro.pdf](http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2014/01/danielle_ribeiro.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2017.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. **Revista Conexão Geraes**, Minas Gerais, v. 1, n. 3, p.25-30, jul. 2013.

Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/Revista-3.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil.** – Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc. saúde coletiva* vol.12 no.4 Rio de Janeiro, 2007.

TEIXEIRA, Carmen. F. **Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS.** *Revista Brasileira de Saúde da Família*, ed. especial, Brasília, Ministério da Saúde, ano V, n. 7, p.10-23, 2004.

TEIXEIRA, R. O acolhimento em um serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: HUCITEC, 2003, p. 89-112.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989. p. 17–46.

\_\_\_\_\_. Retomar o debate sobre a Reforma Sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **RAE**, São Paulo, v. 49, n. 4, p.472-480, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a10.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2017.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4. ed. Brasília: Cortez, 2009. p. 242 - 272.

\_\_\_\_\_. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

VIANA, Rejane Vieira. **A humanização no atendimento: construindo uma nova cultura.** 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública – Gestão de Sistemas de serviços de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2004.

WÜNSCH, Dolores Sanches; MENDES, Jussara Maria Rosa. Processos de trabalho e a instrumentalização do trabalho profissional nas dimensões da competência profissional. In: LEWGOY, Alzira Maria Baptista; CARLOS, Sergio Antonio (Org.). **Supervisão de Estágio em Serviço Social: uma perspectiva de formação permanente.** Porto Alegre: PROEXT/UFRGS, 2014, p. 69-82.