



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA – UNISUL
WÂNIA WESTPHAL ROSA

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: AS
DEMANDAS RELATIVAS AO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO**

PALHOÇA (SC)

2009

WÂNIA WESTPHAL ROSA

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: AS
DEMANDAS RELATIVAS AO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

Orientadora: Prof^ª Me. Ivana Marcomim

PALHOÇA (SC)

2009

WÂNIA WESTPHAL ROSA

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: AS
DEMANDAS RELATIVAS AO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO**

Esta monografia foi julgada adequada à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovada em sua forma final pelo Curso de Serviço Social da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 16 de novembro de 2009

Profa. Me. Ivana Marcomim

Profa. Dra. Regina Panceri

Profa. Me. Deisi Cristini Schweitzer

AGRADECIMENTOS

Agradecer é demonstrar gratidão, mas não é uma tarefa fácil porque nem sempre conseguimos expressar tudo o que sentimos.

Primeiramente, agradeço a Deus, pelo dom da vida, pela minha fé, pelos momentos em que o busquei e me senti confortada, pois foram muitas as dificuldades para chegar até aqui, e tenho certeza de que, sozinha, não chegaria.

Agradeço à minha família, que sempre esteve presente ao meu lado, apoiando e incentivando, para que eu conseguisse realizar meu objetivo.

Ao meu esposo, Lírio, por sua dedicação, paciência, compreensão e pelo seu apoio, porque sem seu estímulo seria bem mais difícil percorrer esta caminhada. Obrigada por ser amigo, companheiro e um ótimo pai para as nossas filhas. Amo muito você!

Às minhas filhas, Amanda e Letícia que, apesar da pouca idade, demonstraram compreensão nas vezes em que precisei estar ausente e nas ocasiões em que tiveram que abdicar de momentos de lazer, pois eu não poderia acompanhá-las. Muito obrigada pelo aprendizado que vocês me proporcionam a cada dia, saibam que amo muito vocês, meus tesouros, esta é uma conquista nossa.

Aos meus pais (*in memoriam*) que, tenho certeza, de onde estão, torcem por mim e estiveram sempre ao meu lado neste percurso. Devo muito a vocês, por tudo o que ensinaram, pelos valores morais que transmitiram e pelo exemplo de vida que foram. Sei que estão orgulhosos de mim, neste momento, e sou muito grata a vocês.

Aos meus irmãos, que souberam entender minha ausência, compartilharam minhas aflições e, com certeza, sentem-se orgulhosos e felizes por minha conquista.

Agradeço também a Clóvis e Carmen, meus cunhados e padrinhos de minha filha Letícia, por todas as vezes em que ficaram com ela para que eu pudesse ir às aulas na faculdade e realizar o estágio. Não foram poucos estes momentos, sem o apoio de vocês ficaria tudo mais difícil, muito obrigada, nunca esquecerei o que fizeram.

Aos meus amigos, que colaboraram direta ou indiretamente e que souberam compreender que nem sempre foi possível estar presente, principalmente nas comemorações.

Às minhas colegas de curso que, durante esta caminhada, compartilharam seus conhecimentos, suas experiências de vida, principalmente à Ana Rita, por todas as caronas de retorno da faculdade. Foi muito bom conviver com vocês.

Às minhas orientadoras, professoras Andréia de Oliveira e Ivana Marcomim, por terem dividido seus aprendizados e pela atenção que a mim dispensaram durante o processo de construção deste trabalho. Obrigada pelo apoio e pela dedicação.

Às demais professoras do curso de Serviço Social da UNISUL, meu agradecimento pela dedicação e pelos ensinamentos. Saibam que foram fundamentais para meu crescimento intelectual e pessoal, e que foram muitas lições, muitos exemplos a serem seguidos na minha trajetória profissional.

Ao Hospital Governador Celso Ramos, por me proporcionar a possibilidade de estagiar e concluir o presente Trabalho de Conclusão de Curso.

À equipe do setor de Serviço Social, por dividirem suas experiências no período da realização do estágio.

À assistente social Shirley Guimarães Rocha (*in memoriam*), por ter aceitado ser minha supervisora de campo e por ter me transmitido os conhecimentos que adquiriu durante sua longa experiência profissional.

Em especial, agradeço à assistente Social Francielle Lopes Alves, pelo companheirismo pela amizade e, principalmente, por todo o aprendizado. Você é um exemplo a ser seguido pelo seu profissionalismo, por sua ética e preocupação constante em fazer sempre o melhor. Com certeza, você servirá de inspiração para minha trajetória profissional.

Finalmente, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho.

Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso.

Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-los.

Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.

Dalai Lama

ROSA, Wânia Westphal. **A atuação do Serviço Social no contexto hospitalar**: as demandas relativas ao tratamento fora de domicílio. 2009.77 f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) - Curso de Serviço Social. Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2009.

RESUMO

Esta monografia originou-se da experiência de estágio curricular em Serviço Social, desenvolvida junto à Emergência do Hospital Governador Celso Ramos – HGCR, do município de Florianópolis/SC, durante os semestres letivos de 2008/1 a 2009/1. Tem como objetivo geral apresentar os procedimentos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo para analisar a contribuição do Serviço Social na compreensão das demandas dos usuários de outras regionais de saúde em tratamento fora de domicílio internados na Emergência do HGCR. Seu problema central de estudo volta-se a compreender como se operacionaliza a contribuição da prática do Serviço Social no processo de atendimento aos usuários já mencionados. A *práxis* foi voltada aos pacientes, provenientes de outra região, assistidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, tendo-se evidenciado a necessidade de operacionalizar os princípios do SUS a fim de oferecer ao paciente uma assistência à saúde de forma integral, assegurando-lhe qualidade de vida. O atendimento aos pacientes fora de domicílio junto à Emergência do HGCR permitiu identificar demandas diferenciadas diante das quais o Serviço Social interagiu, consolidando suas diferentes atribuições, em especial, na dimensão sócio-assistencial, por meio de ações sócio-educativas e sócio-emergenciais. Neste contexto, várias questões se impõem no que se refere à inserção dos assistentes sociais a partir de uma visão de saúde mais humanitária, desenvolvendo um trabalho voltado à prevenção e ao acompanhamento do indivíduo e de sua família, consolidando, assim, uma atenção em saúde com a cobertura e qualidade previstas e asseguradas aos pacientes do SUS por esta política de direitos.

Palavras-chave: Saúde. Política de direitos. Tratamento fora de domicílio. Serviço Social.

LISTA DE SIGLAS

CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FMI	Fundo Monetário Internacional
HGCR	Hospital Governador Celso Ramos
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIS	Programa de Integração Social
PDR	Plano Diretor de Regionalização
SC	Santa Catarina
SFH	Sistema Financeiro de Habitação
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E AS ATRIBUIÇÕES DOS HOSPITAIS NA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	14
2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS...	14
2.2 A ORGANIZAÇÃO DO SUS, A REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E O TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO	21
2.3 A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DO DIREITO À SAÚDE E A REALIDADE DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS – HGCR	30
3 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO	37
3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	37
3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HGCR.....	43
3.3 O SERVIÇO SOCIAL DIANTE DA REALIDADE DOS USUÁRIOS DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DO HGCR.....	46
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	62
ANEXO A – Pedido de TFD e laudo médico de TFD	63
ANEXO B – Fluxograma para encaminhamento de pacientes via TFD.....	67
ANEXO C – Dados estatísticos de internação e atendimento emergencial do HGCR – 2008	69
ANEXO D – Declaração de responsabilidade.....	76

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é fruto da experiência acumulada ao longo do processo de formação acadêmica, em especial, das atividades desenvolvidas no período de estágio curricular em Serviço Social, realizado no Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis, durante os semestres letivos de 2008 a 2009.

Este estudo se propõe a oferecer subsídios para que se possa avançar na compreensão sobre as diferentes relações que se constituem na efetivação dos serviços de nível terciário no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, que vão se expressar na realidade vivenciada pelo usuário da saúde, mais especificamente, numa unidade de Emergência, onde se realizou a experiência de estágio. Neste contexto, há rica e expressiva demanda que se origina de tratamento fora de domicílio e que exige intervenções diferenciadas para que seus direitos à saúde se consolidem, conforme preconiza esta política.

Considerando o universo onde se processou a experiência acadêmica, iniciou-se o processo de reflexão acerca da inserção do Serviço Social na Emergência hospitalar, no âmbito do SUS. No que se refere ao projeto de intervenção de estágio, importa destacar que a inserção da acadêmica, assim como da assistente social supervisora à época da sua execução, era recente junto à Emergência do HGCR. Assim, optou-se por um projeto que contemplasse o atendimento de todos os usuários, particularmente frente às especificidades do trabalho num setor onde a circulação de pacientes, familiares e profissionais é intensa e o tempo de permanência é relativamente curto, fato este que faz com que as intervenções no longo prazo não tenham os efeitos desejados. Assim, o projeto de estágio buscou, na proposta de acolhimento, a investidura teórico-metodológica para organizar a proposta de trabalho das profissionais naquele campo, ampliando a cobertura de atendimento na área de Serviço Social. O acolhimento foi realizado com os usuários internados e em observação, e através dele, eram atendidas suas necessidades.

E foi a partir desta intervenção e da reflexão sobre ela que se estabeleceu como foco de análise a realidade apresentada pelos usuários internados na Emergência do HGCR, oriundos de outras regionais de saúde do Estado de Santa Catarina. Neste processo, detectou-se o problema que conduziu à elaboração desta monografia, o qual pode ser resumido na seguinte pergunta: qual a contribuição do Serviço Social na compreensão e mediação das demandas dos usuários de outras regionais de saúde em tratamento fora de domicílio internados na Emergência do HGCR?

O principal objetivo do estudo realizado foi “apresentar os procedimentos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo para analisar a contribuição do Serviço Social na compreensão das demandas dos usuários de outras regionais de saúde em tratamento fora de domicílio internados na Emergência do HGCR”. Também foram estabelecidos alguns objetivos específicos, quais sejam:

- contextualizar as dificuldades vivenciadas pelos usuários internados em tratamento na Emergência do HGCR para acesso aos serviços de saúde a partir da prática profissional do assistente social;
- refletir sobre as relações entre os princípios do SUS e a realidade de acesso apresentada pelos usuários em tratamento fora de domicílio internados na Emergência do HGCR;
- contextualizar a história do HGCR;
- contextualizar a implantação do Serviço Social no HGCR;
- apresentar aspectos da prática profissional do assistente social na Emergência do HGCR;
- refletir sobre a Política de Saúde no Brasil;
- apresentar a discussão atual sobre regionalização, tratamento fora de domicílio e acesso aos serviços de saúde;
- refletir sobre a inserção do Serviço Social na saúde;
- apresentar os procedimentos metodológicos adotados ao longo do processo de estágio, que se voltam à demanda em questão.

Tendo em vista a preocupação que o presente estudo abarca, é preciso lembrar que saúde está relacionada a uma vida saudável, tal como aponta Santos (*apud* COELHO, 2008, p. 15) em seus estudos:

Quando falamos em saúde, não significa que seja exclusivamente o bem estar do corpo físico, mas também, de um conjunto de obras necessárias para uma vida saudável como: alimentação, habitação, vestuário, transporte, lazer, educação, segurança e condições para que os cidadãos possam trabalhar e poder cobrir os gastos da família, juntando tudo isso a um bom uso do meio ambiente. Saúde é igual a desenvolvimento.

Cabe destacar que a preocupação dos assistentes sociais com a efetividade da política de saúde, com a resolutividade dos desafios que limitam a operacionalização de seu sistema de saúde, com a apuração, no dia-a-dia, de seus princípios e diretrizes, deve vir acompanhada de

uma visão analítica sobre o processo saúde-doença e dos adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção vigente.

A saúde deve ser vista, então, como um conjunto de fatores que se agregam para dar condições de subsistência aos indivíduos, fatores esses que hoje estão previstos por lei e tornam a saúde responsável, em grande parte, pela qualidade de vida de todos. Quando resumida a ausência de doenças, a tendência é que se interprete a legislação vigente, priorizando-se políticas focadas, desconectadas e restritivas. Neste sentido, não pode ser encarada apenas como garantia de atendimento curativo que normalmente manifesta uma condição pontual, mas que pode ser representativa do contexto amplo de necessidades diferenciadas (COELHO, 2008).

Tal percepção é o fio condutor de grandes mudanças na lógica institucional dos serviços de saúde no Brasil, considerando os avanços estabelecidos a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde (8.080/90), que definiram os seguintes objetivos a serem perseguidos pela reorganização de um Sistema Único de Saúde – SUS:

- o atendimento é universal, no qual todo cidadão tem direito à atenção à saúde e é dever do Estado promovê-la;
- a atenção à saúde deve ser integral, ou seja, cada cidadão deve ser compreendido em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.
- as equipes de profissionais e a rede de serviços devem articular-se para garantir a oferta de intervenções em promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e controle de agravos e reabilitação dos doentes.
- a rede hierarquizada de serviços deve oferecer tecnologias, complementares entre si, em diversos níveis de complexidade, conforme a necessidade dos usuários.
- os benefícios da política precisam ser distribuídos de forma a diminuir as desigualdades, promovendo a saúde daqueles que apresentam mais necessidades (equidade) (SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007).

Para a realização das atividades e ações previstas no âmbito do SUS, seguiu-se a perspectiva de hierarquizá-las e organizar a sua distribuição geográfica, considerando, entre essas atividades, desde as mais simples até as mais complexas; das menos custosas às mais dispendiosas; da promoção e prevenção ao diagnóstico e tratamento precoce à reabilitação; da indicação e pertinência de uma cobertura mais ampla a uma necessidade mais restrita. Contudo, não é necessário e/ou não se pode oferecer todas as tecnologias a cada bairro ou município, sob

pena de incrementar a ociosidade ou o desperdício. Daí a proposta da regionalização do sistema de saúde, a ser construída a partir de unidades política, administrativa e populacional, em uma dada região, progressivamente. Assim, no SUS, existe a previsão de que o usuário realize seu tratamento em outra região, o chamado Tratamento Fora de Domicílio, constituído, a partir da legislação, como direito, considerando os princípios da territorialidade e regionalização do sistema (ALMEIDA, CASTRO e LISBOA, 1998).

Portanto, a regionalização de serviços não deve ser considerada apenas do ponto de vista burocrático-administrativo, mas também representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa dada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção, ou seja, a todas as ações de saúde. Essa hierarquização das ações de saúde e da distribuição dos serviços é conhecida e reconhecida como: atenção primária, geralmente desenvolvida nos espaços das Unidades Básicas de Saúde (ou postos de saúde); atenção secundária (com maior nível de complexidade, são ações que são desenvolvidas nos ambulatórios bem como em hospitais); e atenção terciária (majoritariamente executadas em unidades hospitalares) (ALMEIDA, CASTRO e LISBOA, 1998).

O Tratamento Fora de Domicílio é, portanto, um direito que deve considerar não apenas a atenção à demanda clínica, mas também o conjunto de aspectos determinantes da condição de saúde e do acesso ao serviço, bem como os aspectos que serão complementares ao cuidado e à recuperação na continuidade do tratamento fora da unidade hospitalar, sob pena de se instituir um processo de reinternações que poderiam ser mediadas, com os devidos direitos e serviços complementares sendo assegurados.

É bastante difundida a crítica ao SUS quando se avalia que a atenção hospitalar, por vários motivos, situa-se como central na atenção à saúde da população e acaba por instituir funções a ela não previstas, podendo ser considerada como uma caixa de ressonância das principais questões que afetam a vida dos sujeitos em suas trajetórias à procura de assistência. Neste estudo, contemplar-se-á a situação dos usuários internados na Emergência e que são provenientes de outras regiões do estado de Santa Catarina. Neste âmbito da atuação, o Serviço Social se insere, com sua especificidade, considerando suas atribuições para a atuação junto a esta política de direitos e a esta demanda.

No HGCR, é possível verificar a reprodução desta realidade e dos dilemas desta política, por isso, constituiu o universo de análise para este estudo.

Para o cumprimento de seus objetivos, a presente monografia foi estruturada em quatro capítulos, sendo o primeiro constituído desta introdução. O segundo reflete sobre a política de saúde no Brasil e sobre as atribuições dos hospitais na consolidação da atenção especializada. Para tanto, situa a política do SUS, o processo de regionalização, hierarquização e o tratamento fora de domicílio, bem como contextualiza a atenção hospitalar neste contexto, dando destaque à realidade do HGCR. O terceiro capítulo analisa a atuação do Serviço Social no âmbito hospitalar, destacando a sua atuação junto ao HGCR, diante da realidade dos usuários em tratamento fora de domicílio, onde se processou a prática acadêmica em Serviço Social. O quarto capítulo apresenta as considerações finais deste processo.

Pretende-se que este estudo não cumpra exclusivamente uma exigência acadêmica, mas contribua, com as reflexões realizadas, para aprimorar a realidade desta política de direitos, bem como as práticas em geral voltadas ao segmento de cidadãos.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E AS ATRIBUIÇÕES DOS HOSPITAIS NA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Neste capítulo, faz-se uma reflexão sobre a Política de Saúde no Brasil, analisando, inicialmente, os aspectos históricos e as mudanças que envolvem as ações voltadas à saúde, desde inícios do século XX até os dias atuais. Discorre-se também sobre os princípios que regem a organização do SUS, destacando-se o princípio da regionalização, bem como o instrumento para ordenação do fluxo assistencial, que é o Tratamento Fora de Domicílio. Finalmente, discute-se o papel e a atuação da instituição hospitalar nos cuidados à saúde, apresentando a realidade do HGCR.

2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A compreensão do processo de atuação do Serviço Social no âmbito hospitalar, especialmente no que concerne ao Tratamento Fora de Domicílio, requer um olhar mais apurado sobre a política de direitos que legitima tal atendimento e posiciona os hospitais no contexto deste sistema de garantia de direitos. Todavia, ainda antes disso, há que se compreender a centralidade que a questão “saúde” ocupa na vida humana e a coloca no patamar da política de direitos.

Saúde pode ser compreendida de diferentes modos. Embora, para que se compreenda sua concepção atual, seja mais prudente compreendê-la em sua evolução, no estudo realizado, parte-se do entendimento de que saúde passa a incorporar as dimensões da cidadania e dos direitos humanos, o que está presente na carta constitucional. Apesar de recente, no Brasil, esta dimensão determinou a inscrição da saúde no conjunto das políticas que compõe a Seguridade Social brasileira, tendo passado a ser “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, 2001, p. 86).

Para melhor entender tal concepção, é necessário analisar brevemente, em especial, a partir do último século, o processo histórico que a construiu. A saúde, no Brasil, no início do século XX, explicitava a contradição existente entre a promessa de progresso científico-

tecnológico e a ocorrência de grandes epidemias: afluíam as descobertas científicas na área das ciências voltadas à saúde e o país era assolado por epidemias diversas (MENDES, 1995).

Dessa forma, as ações em saúde apresentavam uma conotação interventiva sobre as doenças já instaladas e sobre o modo como estas interferiam no ciclo econômico do país. A economia da época era basicamente agrícola. A ação do Estado voltada à Saúde Pública apresentava um caráter preventivista, conduzido através de campanhas, medidas de caráter autoritário, discriminatório e impopular. Constituiu-se, assim, um modelo de atuação estatal baseado no sanitarismo campanhista, que objetivava o controle de doenças (epidemias) que prejudicassem a exportação de mercadorias, visto que o modelo econômico predominante era o agro-exportador. A rede pública de unidades de saúde era insuficiente, sendo que a grande maioria dos hospitais era constituída de unidades das Santas Casas de Misericórdia (Igreja). Havia acesso a certos bens e serviços, mas que não se configurava uma relação de direito social (MENDES, 1995).

Mudanças importantes ocorreram no período compreendido entre os anos de 1920-1930, como, por exemplo, em 1923, quando se deu a instituição da Lei Eloy Chaves para criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs e, posteriormente, dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs. Nesse período, as características predominantes da proteção social eram: assistência em saúde, com caráter de seguro social, e benefícios com privilégios diferenciados a cada categoria profissional, resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo. Os direitos sociais estavam condicionados à inserção dos indivíduos na estrutura produtiva: cidadania regulada pela condição de trabalho (LUZ, 1986).

No período que vai de 1940 a 1960, o país viveu a chamada democracia populista e a Política de Saúde esteve presente nas ações governamentais, contudo, respondia de forma pontual às demandas da população. Em 1945, com o fim do Estado Novo e pela influência do modelo de seguridade europeu, instaurou-se, no país, um sistema de proteção social que imprimiu à sociedade, principalmente, às classes trabalhadoras, uma condição de “cidadania regulada para a qual o Estado brasileiro, como forma de legitimação social, criou uma série de bens e serviços oferecidos através do Instituto de Aposentadoria da Previdência” (MAGAJEWSKI, 1994, p. 50).

Porém, a concepção de saúde vigente durante este período ainda não dava conta de garantir a saúde como um direito universal. Tinha acesso aos serviços de saúde quem se encontrava no campo formal de trabalho e contribuía. As práticas em saúde ainda não estavam

vinculadas a ações que visassem à promoção da saúde e sim, estreitamente vinculadas à recuperação das doenças.

Nas décadas de 1960 e 1970, realizou-se a efetivação dos sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados na área de bens e serviços sociais básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação), “não se mostrando tão fragmentada como nos períodos anteriores, mas, com certas tendências universalizantes com implementação de políticas de massa mesmo frente características de regimes autoritários e tecnocráticos”. O modelo de seguro social não tinha caráter universalizante, pois só tinha direito de usufruir os benefícios quem contribuísse, valendo a mesma lógica para o sistema de saúde (DRAIBE, 1988, p. 30-31).

A questão social que envolvia este período, em especial, de 1964 até 1974, era a do Estado utilizando, para sua intervenção, o binômio repressão/assistência. Tais ações tinham a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, diminuir as tensões sociais, conseguir legitimidade para o regime e servir de mecanismo de acumulação do capital.

Assim, quando se analisa a política assistencial, neste contexto, incluindo também a saúde, encontra-se o processo de unificação das instituições previdenciárias, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966; do Sistema Financeiro de Habitação (SFH); do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); e, posteriormente, do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP). Nesse período, o cenário que se apresentava era o da: centralização e concentração do poder; retirada dos trabalhadores do jogo político e da administração das políticas sociais; cobertura precária de grupos, principalmente para empregadas domésticas, trabalhadores rurais e autônomos (LUZ, 1986).

Conforme Mendes (1995), nas décadas de 1970 e 1980, o modelo de atenção em saúde assentava-se no seguinte tripé: o **Estado** como o grande financiador do sistema, através da Previdência Social; o **setor privado nacional** como o maior prestador de serviços de assistência médica; e o **setor privado internacional** como o mais significativo produtor de insumos, especialmente biomédicos e medicamentos. Eram características do período: acentuada elevação dos custos da assistência médica; recessão econômica; e a crise fiscal do Estado.

A partir de 1979, profissionais de saúde iniciaram um movimento de entrada no aparelho do Estado, com o intuito de fortalecer o setor público, pois o modelo médico-assistencial privatista já dava sinais de esgotamento. Alguns destes representantes já se encontravam no

Ministério da Saúde e na Previdência Social. No âmbito da Previdência Social, esta inserção foi mais difícil, porque o grupo majoritário que se encontrava neste espaço estava vinculado aos interesses do setor privado.

Porém, a inserção dos profissionais sanitários nos espaços do Ministério da Saúde foi mais aberta, uma vez que este ministério era desprestigiado e subordinado à lógica previdenciária. Este movimento inserido no espaço estatal, bem como a organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública foi, posteriormente, denominado de Movimento Sanitário, que se iniciou em meados da década de 1970.

Ainda sobre este aspecto, Bravo (1996, p. 46), ao analisar o período de 1974 a 1979, no âmbito da política nacional de saúde e de sua elaboração, destacou que a mesma enfrentou permanente “tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas, entre os setores estatal e empresarial médico, e a emergência do movimento sanitário”.

Todavia, foi neste período, frente às precárias condições de saúde e ao descaso acumulado da mercantilização do setor, que se mobilizaram, através de vários movimentos sociais, estudantes, profissionais de saúde, docentes, pesquisadores, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores, para a VIII Conferência Nacional de Saúde, que criticava o sistema de assistência médico-hospitalar. Este foi um dos fatos marcantes para a Política de Saúde.

Com efeito, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que contou com ampla participação do coletivo da Reforma Sanitária, propôs que a Política de Saúde passasse a ser entendida como processo político e democratizador. Desta Conferência, resultaram como aspectos fundamentais:

- conceito ampliado de saúde;
- saúde como direito do cidadão e dever do Estado;
- reformulação do sistema de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde estabeleceu, no eixo Saúde como Direito, que

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 2008, p. 01).

A Constituição de 1988 institucionalizou e ampliou o conceito de saúde como um direito de todos e um dever do Estado brasileiro através dos Artigos 196 e 197, que definem que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e que determinam que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.” (BRASIL, 2001, p. 86).

Desta forma, a regulamentação da criação de um Sistema Único de Saúde – SUS foi estabelecida através das Leis Orgânicas da Saúde/SUS: a Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a organização e o funcionamento do SUS, e a Lei 8142/90, que trata da participação da comunidade e das formas de financiamento das ações e serviços de saúde. A Política de Saúde, juntamente com a Política de Assistência Social e de Previdência Social, compõe o tripé da seguridade social no Brasil.

A Lei 8080/90 aponta os princípios do SUS, dentre os quais se destaca a **universalidade**, pela qual todas as pessoas têm direito ao atendimento à saúde como direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal.

O SUS ainda preza pela **equidade**, segundo a qual todo cidadão será atendido conforme suas necessidades, cabendo aos serviços de saúde saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para atender cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes.

Também é princípio do SUS a **integralidade**, que significa o compromisso dos serviços de saúde em atender todos os indivíduos de maneira completa, tanto do ponto de vista clínico-assistencial como do ponto de vista da oferta de diversidade de serviços de todos os níveis de complexidade, abordando as pessoas e a coletividade de modo abrangente, integral, sendo que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e para a cura.

Por sua vez, a **resolutividade** é um princípio que trata da capacidade que tem um serviço de saúde para solucionar os problemas de saúde. Os serviços de saúde devem estar capacitados para enfrentar e resolver um atendimento ou um problema de impacto coletivo sobre a saúde, conforme exigências feitas pelos usuários.

A legislação define também, como princípio do SUS, a **complementaridade do setor privado**, que acontece quando a insuficiência de serviços do setor público determinar a contratação de serviços privados. A contratação deve ocorrer sob três condições: a celebração do contrato deverá estar em conformidade com as normas de Direito Público; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e as normas técnicas do SUS; a integração dos serviços privados deverá ocorrer na mesma lógica do SUS em termos de setor privado.

A redistribuição das responsabilidades às ações e aos serviços de saúde, entre os vários níveis de governo, é também um dos princípios do Sistema. É a **descentralização**, que pressupõe a redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde. Com a descentralização, tem-se a possibilidade de superar a concepção puramente geopolítica do processo e a tendência de limitar a descentralização aos aspectos meramente executivos da política institucional (LUZ, 1995).

A descentralização tem proporcionado, segundo Kameyama (1998), a criação de novos espaços institucionais de participação com poder deliberativo, como estratégia política de ampliar no espaço social as possibilidades de acesso ao poder, o que fortalece ainda novos processos de controle social. É a participação da comunidade que garante à população, através de suas entidades representativas, presença no processo de formulação das políticas públicas, como as de saúde, e do controle de sua execução, em todos os níveis - do federal ao local.

Igualmente um princípio do SUS, o **controle social**, na área da saúde, acontece por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, que promovem a articulação mais direta e democrática entre estados, municípios, instituições e organizações da sociedade civil, quebrando os mecanismos corporativos e clientelistas e construindo novos canais no monitoramento dos investimentos públicos, os quais vêm sendo crescentemente ampliados (SIMIONATTO, 1999).

A Lei 8.080/1990 ainda trata da organização, direção e gestão do SUS. Define, então, que as ações e os serviços de saúde do SUS serão organizados, de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidades crescentes. Quanto ao financiamento, os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, serão utilizados os seguintes critérios:

- perfil demográfico da região;

- perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais.

No âmbito deste direito, ainda se destaca a Lei 8.142/1990, que se caracteriza pelo ordenamento do controle social e pela participação popular na saúde. Conforme esta lei, o SUS contará com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde; Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários; atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. A representação dos usuários será paritária.

Conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (319/2002), as seguintes categorias poderão ser representadas nos conselhos:

- associações de portadores de patologias e deficiências;
- entidades indígenas e ambientalistas;
- movimentos sociais e populares organizados;
- movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- entidades de aposentados e pensionistas;
- entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- organizações religiosas;
- entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- governo;
- outros.

Para tal garantia, a Conferência de Saúde reunir-se-á, a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política. Isto demonstra que a Política de Saúde vigente considera o cidadão como agente que deve ser atuante na sua consolidação e não como mero receptor de serviços.

Para receberem os recursos, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com: fundo de saúde, conselho de saúde, composição paritária e plano de saúde. Os recursos serão repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e o Distrito Federal. Serão destinados, pelo menos, setenta por cento aos municípios, distribuindo-se o restante aos estados.

Contemplada com tais elementos, a política de saúde se apresenta de modo a considerar os âmbitos da prevenção, da atenção e do controle dos aspectos de saúde. Não obstante se saiba que, no plano da promoção da saúde, se deve considerar a complementaridade e a integralidade entre as diversas políticas de direitos, o sistema hoje desenhado para conferir atenção pública em saúde remete a diferentes níveis de atenção, diferentes agentes de execução e prestação de serviços, dentre os quais se situam os hospitais. Neste âmbito, há que se compreender que esta política se realiza por meio de um sistema organizado, descentralizado e que institui a regionalização e forma elemento para assegurar a cobertura e a qualidade necessárias e legítimas.

2.2 A ORGANIZAÇÃO DO SUS, A REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E O TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

As organizações e serviços do SUS compõem uma rede de atenção em saúde e têm sua função e especificidade, sendo elos essenciais no cumprimento do direito à saúde. Conforme Coelho (2008), embora a legislação desenhe a oferta de serviços em rede, não se pode deixar de constatar que sua efetividade está longe de cumprir os dispositivos jurídicos e constitucionais que a definem. Assim sendo, os hospitais se inserem em uma complexa rede de atenção que deve cumprir diferentes tipos de serviços no âmbito preventivo e curativo. Pode-se considerar, portanto, que a operacionalização desta rede ainda é um desafio a ser mais bem gerenciado no contexto dos serviços e no campo do acesso ao direito à saúde.

O princípio do SUS que permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada vem a ser o da **organização da assistência de forma**

regionalizada e hierarquizada em três níveis, de acordo com a complexidade das situações de saúde. São eles:

- **Atenção Básica ou Atenção Primária:** compreende as ações básicas, individuais e coletivas dirigidas à população ou a grupos específicos na prevenção dos agravos, na promoção da saúde, no tratamento e na reabilitação dirigidas a toda a população através de ações básicas educativas que possam intervir no processo de saúde/doença e na qualidade de vida. Podem ser focalizadas nos grupos de risco a fim de prevenir. Na atenção primária, espera-se que 85% dos problemas de saúde sejam resolvidos. Os estabelecimentos deste nível de atenção são as Unidades Básicas de Saúde, também consideradas a “porta de entrada” do sistema de saúde e que assumem como perspectiva de trabalho a saúde da família. Nos termos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 01),

esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade.

- **Atenção Secundária ou Média Complexidade:** caracteriza-se por desenvolver, além das atividades classificadas como de nível primário, as atividades de atenção ambulatorial, internação, urgência/emergência e reabilitação. Os estabelecimentos correspondentes a este nível são: as policlínicas, os ambulatórios e laboratórios.
- **Atenção Terciária ou Alta Complexidade:** além das atividades de nível primário e secundário, neste nível, realiza-se atendimento nas especialidades que demandam tecnologia de alto custo e pessoal altamente especializado em todas as modalidades. Os estabelecimentos deste nível são: as policlínicas de referência regional, os hospitais especializados, hospitais universitários, laboratórios regionais e centrais, e hemocentros (SEEMANN, 2001).

De acordo com Cecílio (1997) a proposta de “regionalização e hierarquização dos serviços”, que pode ser visualizada na forma de uma pirâmide, foi incorporada ao ideário dos que

lutam pela construção do SUS e tornou-se uma espécie de “bandeira de luta” do movimento sanitário. Isto decorre do fato de que a proposta está ligada à idéia de expansão da cobertura e democratização do acesso aos serviços de saúde para os brasileiros. Também porque, segundo o mesmo autor,

o espaço propiciado por uma ampla rede básica de serviços de saúde, com responsabilidade pela atenção a grupos populacionais bem definidos (população adscrita), sempre nos pareceu como o ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico vigente, sabidamente centrado no atendimento médico, medicamentalizante, com pouca ou nenhuma prática de prevenção das doenças e promoção da saúde. O espaço da rede básica seria então o *locus* privilegiado para a testagem e construção de um modelo contra-hegemônico de atenção à saúde (CECÍLIO, 1997, p. 470).

Ainda conforme Cecílio (1997), a hierarquização dos serviços é estratégia fundamental para a racionalização no uso dos poucos recursos existentes no setor saúde. No entendimento do autor, tal estratégia

representaria a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades bem estabelecidas dos usuários. A hierarquização garantiria o acesso, para o paciente que entrou pela “porta de entrada”, a todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispusesse para enfrentar a dor, a doença e o risco da morte. A pirâmide, nessa medida, tem o valor quase de um símbolo da luta em defesa da vida (CECÍLIO, 1997, p. 470).

Outras duas razões são a proximidade do serviço de saúde da residência do usuário como facilitador do acesso e a criação de vínculos entre a equipe e a clientela. A proposta de pirâmide seria ainda um orientador seguro para a priorização de investimentos, uma vez que seria mais fácil perceber onde estariam localizadas as reais necessidades da população. “Podemos dizer que a representação do sistema de saúde por uma pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm lutado pela construção do SUS porque conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social no que ele tem de específico para o setor saúde.” (CECÍLIO, 1997, p. 470).

Outro importante princípio que orienta a organização do SUS é o da **regionalização**. Este princípio é importante para organizar as políticas, as ações e os serviços de saúde, possibilitando, assim, o acesso à integralidade e à resolutividade na atenção à saúde da população. Conforme

Gil, Licht e Yamauchi (2006), o processo de regionalização é irreversível, porque, como contrapartida à globalização, e ao mesmo tempo como decorrência dela, constata-se a ampliação dos movimentos em prol da valorização dos espaços regionais e até de um “novo regionalismo”. As transformações impostas pela reestruturação do modo de produção e pelo funcionamento da economia vêm determinando profundas alterações na capacidade dos estados nacionais de captar recursos na esfera produtiva, contribuindo para que a descentralização e a regionalização passem a ser vistas como estratégias para a otimização da gestão dos gastos públicos.

A descentralização e a regionalização ocorrem nas mais diversas esferas da gestão pública, mas é no setor da saúde que se apresentam diferentes dilemas. Por envolver vários segmentos de população, por implicar a participação de um conjunto cada vez maior de atores e por guardar ampla relação com o aprimoramento democrático, a implantação desses processos requer uma discussão abrangente envolvendo os poderes públicos, as universidades e as diferentes organizações da sociedade civil (GIL, LICHT E YAMAUCHI, 2006)

Além da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, importantes leis que aprimoraram a implantação de um sistema de saúde regionalizado entraram em vigor, entre elas, as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002), além do Pacto pela Saúde, lançado em 2006. Assim sendo,

em 2006, com o lançamento do Pacto pela Saúde, novas diretrizes são preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas em um fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, sobretudo no âmbito municipal, e na diversidade econômica, cultural e social das regiões do país para a redefinição das “regiões de saúde”. Pode-se presumir que o Pacto pela Saúde inicia um novo ciclo de descentralização do SUS ao procurar garantir a função da regionalização de trazer os conteúdos do território para dentro das lógicas de sistema e de descentralização, como forma de pensar e buscar maior coerência e aproximação entre essas duas lógicas (VIANA et al, 2008, p. 96).

O SUS é único para todo o território brasileiro, assegurando o direito ao acesso ao sistema de saúde para toda a população do país, entretanto, este acesso não se realiza da mesma forma em todos os lugares, devido às diferentes heranças territoriais e heterogeneidades presentes no Brasil. Por isso, é importante ressaltar que, no processo de regionalização, são identificadas e constituídas as regiões de saúde, que são espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados.

Conforme o Ministério da Saúde (2002), para que a regionalização seja bem conduzida e sucedida, é preciso, primeiro, definir a região de saúde e, para se estabelecer uma região de

saúde, é preciso considerar as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde.

Para estabelecer o processo de regionalização, cada estado define um Plano Diretor de Regionalização - PDR, importante instrumento para a organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões. O PDR deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

- a) o acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:
 - assistência pré-natal, parto e puerpério;
 - acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
 - cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações para todas as faixas etárias;
 - ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
 - tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
 - atendimento de afecções agudas de maior incidência;
 - acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
 - tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
 - tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
 - controle das doenças bucais mais comuns;
 - suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.
- b) o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais (BRASIL, 2002, p. 09).

O PDR deve contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, especialmente a existência dos serviços de Média e Alta Complexidade, já que são os que demandam maior uso desses recursos e geralmente têm alto custo para oferta ao público, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões/microrregiões, observando, assim, a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e aos serviços necessários

para a resolução de seus problemas de saúde o mais próximo possível de sua residência (SANTA CATARINA, 2008a).

O Estado de Santa Catarina possui 293 municípios, organizados segundo características sociais, políticas e econômicas e distribuídos regionalmente. O mapa da Figura 1 a seguir mostra as configurações macrorregionais definidas neste estado. O modelo de gestão regionalizada é reforçado com a organização de 08 (oito) macrorregiões, que buscam consolidar o modelo assistencial através do estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência, respeitando os diversos níveis de complexidade da assistência. A meta proposta para cada macrorregião de saúde é a de torná-la auto-suficiente em procedimentos de alta complexidade, dentro de seu nível de abrangência (SANTA CATARINA, 2008a).

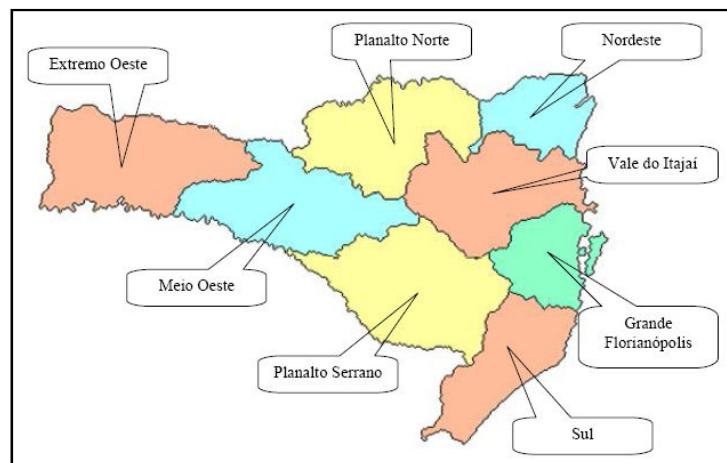


Figura 1 – Mapa de Santa Catarina com suas macrorregiões
Fonte: www.saude.sc.gov.br

Quando são esgotadas as possibilidades de tratamento do usuário dentro de sua microrregião, ele é encaminhado para a região de referência, ou seja, para a região onde o fluxo assistencial foi organizado. O instrumento legal que permite, através do SUS, o tratamento do usuário fora de sua região ou domicílio é o Tratamento Fora de Domicílio – TFD. Conforme o Manual Estadual de TFD (SANTA CATARINA, 2004), o Processo de TFD deve ser encaminhado quando há possibilidade de cura total ou parcial do paciente. Para tanto, existe o Pedido de TFD e o Laudo Médico de TFD (Anexo A). O primeiro é o documento utilizado pelo

gestor para solicitação do tratamento, exame ou consulta. O Laudo Médico é anexado e nele estão contidas informações pertinentes ao paciente, como histórico da doença, diagnóstico provável, tratamento realizado, duração do tratamento, justificativa da impossibilidade na localidade, justificativa da urgência, tipo de transporte, entre outros. Para o atendimento em outra regional ou região de saúde, quando dentro do Estado, deverá ser respeitado um fluxograma (ver Anexo B), exceto quando se tratar de situação de urgência e não houver tempo hábil para formalizar o Processo de TFD.

As regionais de saúde, em Santa Catarina, que são 20, se configuram como podem ser vistas no mapa da Figura 2 que segue.

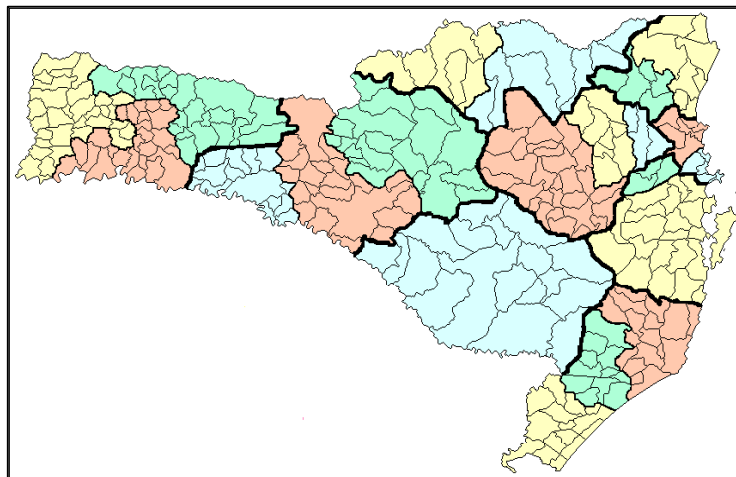


Figura 2 – Mapa das regionais de Saúde em Santa Catarina
Fonte: www.saude.sc.gov.br

Contudo, a regionalização como princípio e o Tratamento Fora de Domicílio como instrumento para ordenação do fluxo assistencial têm sido colocados à prova frente à incorporação desse modelo pelos gestores e do movimento da população para buscar ações e serviços capazes de resolver suas necessidades de saúde, que geralmente está ligada à capacidade de resistência às diferentes barreiras colocadas ao acesso aos serviços de saúde.

As questões que envolvem as barreiras ao acesso e à utilização de serviços de saúde estão, em grande parte, relacionadas com a estrutura e o funcionamento dos sistemas de saúde. Os determinantes da utilização de serviços de saúde estão relacionados às necessidades de saúde

(morbidade, gravidade e urgência da doença); aos usuários (idade, sexo, renda, educação, região de moradia); aos prestadores de serviços (especialidade, experiência profissional, tipo de prática, formas de pagamento); à organização da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatório, acesso geográfico, modo de remuneração); e à política do sistema de saúde (tipo de sistema de saúde, proposta assistencial, distribuição de recursos, legislação, entre outros). A clientela usuária do SUS é constituída, predominantemente, pela parcela da população de menor renda e baixa escolaridade (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

O Tratamento Fora de Domicílio representa, portanto, uma alternativa para organizar o atendimento na perspectiva de direito a um sistema de saúde público, minimizando as deficiências ao oferecer os serviços, buscando garantir cobertura à população e acesso às diferentes especialidades, com qualidade. Contudo, a possibilidade do indivíduo realizar seu atendimento em outra região visa garantir o direito de acessar serviços em outros âmbitos, pelo reordenamento do atendimento e, por outro lado, vai evidenciar a limitação do sistema na oferta dos serviços, a partir de uma cobertura muitas vezes deficitária, com ausência de fluxos organizados ou, quando estes existem, reconstruídos por profissionais e pelas famílias frente às barreiras que encontram para o acesso.

Ao que se percebe, o Tratamento Fora de Domicílio constitui-se em um desafio aos sujeitos demandantes, especialmente considerando-se sua condição e, em muitos casos, os desafios ao acesso a esse tratamento, que podem ir de condições de transporte e agendamento à manutenção do tratamento no domicílio. O Brasil não se encontra em um nível de desenvolvimento da política de saúde que permita o acesso a serviços de saúde completos e complexos em todas as unidades municipais, o que, por questões logísticas e financeiras, se mostra inviável e, em muitos casos, desnecessário. Todavia, mesmo sendo uma forma de organização do sistema que visa garantir o acesso aos serviços de saúde necessários aos cidadãos, este processo envolve um conjunto de outras necessidades que costumam ser mediadas por profissionais da saúde, como o assistente social, o que requer uma comunicação eficiente da rede.

Ribeiro (2006) analisa um cenário real de acesso e atendimento de serviços de saúde e faz uma análise quanti-qualitativa deste processo, destacando que, ao examinar as rotinas de solicitação e entrada de demanda, durante 15 dias, evidenciou-se que o perfil predominante dos que não conseguiram acesso estava ligado a um pior nível socioeconômico. As tentativas, sem êxito, de acesso aos serviços de saúde foram maiores entre os usuários do SUS, embora

indivíduos com cobertura por planos de saúde também não tenham conseguido ser atendidos no mesmo período de referência. Desta forma, pode-se concluir que possuir de planos de saúde não é suficiente para garantir o acesso. Segundo o autor, tal fato sugere que, pelo menos em parte, os problemas de acesso não se esgotam nas características socioeconômicas dos indivíduos, refletindo também problemas de oferta e organização dos serviços de saúde.

Para Viana (1998), apesar dos avanços legais para melhorar o sistema de saúde no Brasil, desde a década de 1990, vem se constituindo um modelo americanizado de saúde, em que o sistema público é usado pela causa dos mais pobres, carentes de voz e de canais para fazerem valer suas reivindicações. Criou-se um espaço que fortalece os planos privados, sendo que mais de 40 milhões de pessoas se valem destes por estratégia de sobrevivência. Entre os beneficiários diretos e indiretos estão os que mantêm uma inserção formal no mercado de trabalho.

Conforme interpretação de Costa (2000), o não cumprimento da Reforma Sanitária não pode ser visto descontextualizado de uma conquista internacional, principalmente nos anos de 1980 e 1990, quando os países empobrecidos, dentre eles o Brasil, sofreram influências das nações hegemônicas no que se refere às políticas governamentais na área social. Tais políticas têm sido condicionadas pela difusão da pauta do ajuste estrutural, orientado para o mercado, seguindo as bases das orientações de forças internacionais, incluindo o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e o governo de países industriais avançados.

Atualmente, o Ministério da Saúde (2008) tem como principais desafios na organização da Política de Saúde:

- a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária;
- a construção de novos modelos de fazer saúde com base na integralidade;
- a intersetorialidade e a atuação em equipe;
- o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção;
- o controle social e a supressão dos modelos assistenciais verticais e voltados somente para a assistência médica.

Contudo, algumas questões da política do Governo podem ser questionadas, entre elas: a manutenção da política macroeconômica do governo anterior; o fato de que as políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica; a não-valorização da concepção de seguridade social; e, na atualidade, dois tipos de projetos de saúde que estão em disputa: o Projeto da reforma sanitária, privilegiando os aspectos expostos na VIII Conferência Nacional de

Saúde; e o Projeto privatista, que traz à tona os elementos do modelo de saúde voltado ao mercado, como o estruturado nas décadas de 1960 e 1970. (BRAVO, 1996).

Conforme Cohn et al (1991), no Brasil existem populações socialmente condenadas a elaborar a sua capacidade de utilização da rede, que é precária e eternamente insuficiente. O acesso à assistência à doença passa pela reiteração da condição de desigualdade. Assim, cabe ao povo ajustar modos próprios de acessibilidade a serviços de difícil acesso “para, à sua maneira conquistar o direito à saúde”.

Nesta direção, são diferentes as expressões que esta realidade interpõe no cotidiano dos serviços de saúde. Problematiza-se uma delas, que está relacionada aos usuários em tratamento fora de domicílio e à regionalização em saúde, à perspectiva do acesso aos serviços e como ressoa na Emergência no HGCR.

2.3 A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DO DIREITO À SAÚDE E A REALIDADE DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS – HGCR

O hospital é considerado um componente fundamental quando se pensa nos cuidados que devem ser ofertados nos serviços de saúde. Segundo Cecílio e Merhy (2003, p. 04), o hospital é uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita, e lá “circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades em diferentes momentos de suas vidas singulares”.

Para os autores citados, os cuidados nas organizações de saúde em geral, mas no hospital, em particular, são, por sua natureza, necessariamente multidisciplinares, isto é, dependem da conjugação do trabalho de vários profissionais. Com efeito,

o cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital (CECÍLIO e MERHY, 2003, p. 05).

Assim sendo, os hospitais se inserem em uma complexa rede de atenção que deve cumprir diferentes tipos de serviços no âmbito preventivo e curativo. Este quadro de alta especialização do hospital oferece a sensação de que as necessidades de saúde têm um grau maior de resolução. É assim que o hospital é considerado por parte dos usuários, ou seja, como o local onde encontram maior resolutividade às suas demandas. Este pensamento pode ser verdadeiro e tornar-se uma prática comum à medida que são verificadas falhas no atendimento nos outros níveis da hierarquização do sistema, isto é, quando a resolutividade de um nível fica comprometida pela falta de resolutividade em outro nível. A este fato se acresce a desarticulação da política de saúde com as demais políticas sociais, ocasionada pela precariedade do próprio sistema de saúde (CHUPEL, 2008).

Neste sentido, Cecílio e Merhy (2003) defendem a idéia do hospital como uma referência para os usuários, pois estes se mostram exaustos quanto ao tipo de atendimento que recebem costumeiramente, quanto às peregrinações, filas, ao atendimento setorizado, fragmentado, sem a construção de vínculos de confiança entre eles, usuários, e os trabalhadores de saúde. Isso leva a crer que o hospital pode ser considerado como uma “estação” que recebe e atende os mais variados tipos de usuários, com diferentes necessidades.

Dessa maneira, o hospital acaba por se tornar uma referência para o usuário que o procura, principalmente, por compreender que os casos de maior complexidade são lá atendidos. Por conseguinte, é o local ideal para o cumprimento da referência e contra-referência, para que o usuário acesse todos os níveis de atenção, articuladamente, integralmente, respeitando a racionalidade do sistema. Pode-se considerar que a operacionalização desta rede ainda é um desafio a ser mais bem gerenciado no contexto dos serviços e no campo do acesso ao direito à saúde (CHUPEL, 2008).

Com estas preocupações, procurou-se levantar as principais características do Hospital Governador Celso Ramos – HGCR, uma instituição pública estadual situada em Florianópolis, Santa Catarina. O início da construção do hospital se deu em outubro de 1962. A construção foi finalizada em 1965, com uma área total construída de 15.000 m², e inaugurada em 17 de dezembro de 1965. Inicialmente, seu atendimento destinava-se ao funcionalismo estadual, mas na atualidade, atende os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

O Hospital tem, hoje, uma área construída de 22.000m², com 193 leitos ativados, nas especialidades de neurologia, neurocirurgia, terapia intensiva e semi-intensiva, epilepsia, clínica

médica, clínica cirúrgica, cirurgia de curta permanência e traumatologia, e que são divididos conforme a Tabela 1 que segue:

Tabela 1 – Distribuição dos leitos conforme as especialidades do HGCR.

Especialidade	Leitos
Neurologia	12
Neurocirurgia	22
Terapia Semi-Intensiva	13
Clínica Médica	36
Clínica Cirúrgica (4º andar)	22
Terapia Intensiva	14
Clínica Cirúrgica (2º andar)	36
Cirurgia de Curta Permanência	08
Traumatologia	30
Total	193

Fonte: Serviço de Estatística HGCR.

O HGCR conta, nos dias atuais, com um quadro funcional de 932 servidores, sendo 137 médicos. Além disso, o hospital conta com 95 funcionários terceirizados, que prestam serviços de limpeza e vigilância. A atual estrutura diretiva do hospital é composta pelo diretor geral (Dr. Libório Soncini), que é auxiliado diretamente por três Gerentes: Administrativo (Sr. Antonio Turnês), Técnico (Dr. Luciano Gama Kramer) e de Enfermagem (Enf. Éder Foresti). Ao longo dos seus 43 anos de existência, a unidade hospitalar tem prestado relevantes serviços a toda a população catarinense usuária do SUS, que tem acesso ao pronto atendimento de emergência e às diversas especialidades médicas. Acredita-se que este é um dos hospitais públicos mais completos de todo o Estado e que apresenta excelentes resultados.

Trata-se de um hospital que presta atendimento de emergência, ambulatorial e internação, onde 100% dos pacientes são atendidos através do SUS e, destes, 25% são oriundos do interior de Santa Catarina. No ano de 2008, foram realizadas, por mês, em média, 4.334 consultas ambulatoriais no hospital. Na Tabela 1 (ver Anexo C), é possível observar a média de consultas por especialidade.

Em 2008, no que se refere às internações hospitalares, pode-se observar o expressivo número de usuários atendidos, tendo em vista que, por mês, em média, foram internados 508 usuários. Também é possível verificar o número médio de internações por especialidade na Tabela 2 do Anexo C.

Destaca-se que o HGCR é, hoje, centro de referência para o Estado de Santa Catarina nas especialidades de Oftalmologia (com transplante de córnea), Neurocirurgia, Gastroplastia, Ortopedia, Transplantes de Rim e Oncologia Cirúrgica. A partir da regionalização dos serviços de alta complexidade o HGCR é referência, por exemplo, em traumatologia, nefrologia (hemodiálise), neurologia e oftalmologia. Conforme o Plano Diretor de Regionalização (SANTA CATARINA, 2009), o Hospital vai contemplar o atendimento de duas regiões de saúde: Região de Saúde de Brusque e Região de Saúde de Grande Florianópolis¹, sendo, portanto, junto com outros hospitais, referência para cerca de um milhão de pessoas.

Convém ainda mencionar que esta instituição também é importante referência na região, especialmente quando relacionada às situações de emergência. O atendimento ali prestado tem como objetivo levar em conta todas as condições momentâneas relativas ao estado geral do usuário, em suas alterações clínicas e risco potencial. A unidade está estruturada para o atendimento de pacientes externos e internos. Possui uma sala de recepção, uma sala para escriturários, uma sala de medicação, cinco consultórios médicos, um posto de enfermagem, duas salas de observação com total de 10 leitos, uma sala de reanimação, uma sala para pequenas cirurgias e laboratório. Pelo fato da estrutura não suportar a demanda atual, muitas vezes, o corredor da Emergência é utilizado para manter os usuários internados e em observação.

De acordo com a estatística produzida pelo Hospital, em 2008, foram atendidos, em média, por mês, 3422 pacientes na área de Clínica Médica; 1402 na Clínica Cirúrgica; 4085 pacientes na Ortopedia e 291 nas emergências em Oftalmologia (ver Tabela 3 do Anexo C). Assim, aproximadamente 9200 pacientes são atendidos, por mês, em situação de emergência no HGCR. Na Tabela 4 (ver Anexo C), estão relacionados os principais motivos de atendimento por situação de emergência, com destaque para os de maior queixa: “dor em outra parte do corpo” (954 atendimentos), “dor pés” (647 atendimentos) e “dor braço” (614 atendimentos).

¹ A Região de Saúde da Grande Florianópolis é composta por vinte e dois municípios e duas Secretarias de Desenvolvimento Regional, além dos municípios de Garopaba, Paulo Lopes, Alfredo Wagner e Leoberto Leal, conforme descrito abaixo, com uma população de referência de 940.518 habitantes: Alfredo Wagner (9.752); Leoberto Leal (3.589); Canelinha (9.696); Major Gercino (2.842); Nova Trento (11.325); São João Batista (22.089); Tijucas (27.944); Águas Mornas (4.410); Angelina (5.322); Anitápolis (3.175); Antônio Carlos (7.087); Biguaçu (53.499); Florianópolis (396.723); Governador Celso Ramos (12.175); Palhoça (122.471); Rancho Queimado (2.772); Santo Amaro da Imperatriz (17.602); São Bonifácio (3.178); São José (196.887); São Pedro de Alcântara (4.751); Garopaba (16.399); Paulo Lopes (6.830).

O HGCR assume como missão “prestar assistência de excelência e referência à população e atuar como campo de ensino e pesquisa, oferecendo todo o conhecimento e tecnologia apropriada no ambiente de saúde”. Estabelece ainda como princípios:

- a valorização dos recursos humanos;
- a valorização e integração do Corpo Clínico;
- a padronização e o uso racional dos recursos materiais;
- a imagem institucional como responsabilidade de todos;
- o paciente como alvo de nossa atenção;
- os recursos financeiros priorizam o desempenho assistencial de ensino e pesquisa;
- o lucro reinvestido na continuidade da instituição e seu desenvolvimento (SANTA CATARINA, 2008).

Com o intuito de cumprir sua missão, o Hospital funciona como Hospital Escola, treinando e especializando os profissionais de área da saúde por meio do serviço de residência médica nas especialidades de anesthesiologia, ortopedia, neurologia, cirurgia geral, gastroplastia, urologia, clínica geral, entre outras. O HGCR oferece campos de estágio para os cursos de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Técnico e Auxiliares de Enfermagem.

Um dos setores mais dinâmicos e que funciona como principal forma de acesso em atendimentos para consulta e internação do Hospital é a Emergência. Parte-se da consideração de que as Emergências² são setores multidisciplinares de especialistas com perícia para tratar pacientes em estágio grave. Desse modo, a Emergência uma das áreas mais críticas e congestionadas dentro do hospital, onde situações inesperadas ocorrem. No serviço de Emergência, em muitos casos, há risco iminente de perda da vida. Por isso, a sua meta é a avaliação rápida, a estabilização, o tratamento a pronta admissão do paciente ao hospital. Além disso, acaba-se acolhendo pacientes de urgência, pacientes com quadros percebidos como

² “A palavra emergência é definida como ação de emergir. Uma emergência é o surgimento de ‘alguma coisa’. Sua definição introduz critérios que qualificam o caráter repentino e imprevisto de sua manifestação, bem como o seu caráter crítico, de risco. A urgência é definida como qualidade de urgente, é algo que exige uma ação rápida e indispensável. A definição não aponta para qualquer caráter de gravidade e de risco” (OLIVAR e VIDAL, 2007, p. 142). Segundo Paim (1994 *apud* OLIVAR e VIDAL, 200X, p. 142), o critério fundamental de distinção entre emergência e urgência, e o que não é emergente ou urgente, “é o risco de morte, avaliado na base do perigo que ameaça a manutenção das funções vitais. No caso de uma emergência, o risco é ameaçador; no caso de uma urgência, o risco existe, mas não é iminente”.

urgentes, além de pacientes não acompanhados pela atenção primária e especializada e ainda aqueles que muitos profissionais consideram como “casos sociais”.

Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência, superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Atualmente, fica evidenciado que os maiores problemas enfrentados pelos serviços de emergência dizem respeito aos hiatos e às discontinuidades do nível de promoção de saúde, e à ausência ou à pouca efetividade dos serviços de atenção primária e secundária. (OLIVAR e VIDAL, 2007).

A partir do proposto para o SUS, o acesso da população à rede de saúde deveria ocorrer por meio dos serviços de nível primário de atenção (classicamente caracterizados como a porta de entrada da população). Estes serviços precisam estar qualificados para atender e resolver as principais demandas da população. No modelo assistencial do SUS, as demais demandas devem ser referenciadas para os serviços de saúde de maior complexidade tecnológica e os hospitais inserem-se no terceiro nível de atenção, também denominado terciário. Este nível se caracteriza pelo atendimento de internações e pelas emergências, além de possuir maior complexidade tecnológica (OLIVAR e VIDAL, 2007).

No presente estudo, tomou-se como ponto de partida que a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o SUS. A função “porta de entrada” principal continua sendo exercida pelos hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. Cecílio (1997) atesta isto, ou seja, o fato dos atendimentos hospitalares serem expressivamente mais numerosos do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios nos quais existe a alternativa de acesso ao hospital. Os pronto-socorros, sempre lotados, são a imagem mais expressiva desta situação. Assim, as unidades de Emergência, atualmente, podem ser consideradas as “portas de entrada” do SUS.

Para Cecílio (1997, p. 471), “todos os levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos é de patologias consideradas mais ‘simples’, que poderiam ser resolvidas no nível das unidades básicas de saúde”. O autor ainda afirma que é uma “prepotência tecnocrática dizer que o ‘povão’ é deseducado, que vai ao pronto-socorro quando poderia estar indo ao centro de saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível. Não é atoa que a assistência à saúde ocupa um lugar central nas preocupações do “cidadão comum”.

Compartilha-se a preocupação de Olivar e Vidal (2007, p. 155) quando estes declaram que é importante “dar voz aos usuários e seus familiares, nos espaços da emergência, para que reafirmem a complexidade de suas realidades, suas demandas e suas avaliações sobre os serviços de saúde, objetivando a construção de dispositivos de mudanças”. Nessa direção, a partir da experiência de estágio, na qual se teve oportunidade de atender diferentes usuários, de diferentes procedências, pretendeu-se elaborar uma análise acerca do vivenciado, recuperando, portanto, as observações do diário de campo feito no último semestre de estágio. Neste sentido, deu-se destaque ao processo de atendimento fora de domicílio, que se mostrou um hiato expressivo no contexto da política de saúde já apresentado, considerando sua operacionalização no âmbito hospitalar e enfatizando o espaço de atendimento terciário – hospitalar e das suas emergências. Desse modo, coloca-se à prova o processo de regionalização e territorialização e deve-se considerar a capacidade contributiva do Serviço Social neste contexto.

3 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

O objetivo deste capítulo é situar a atuação do Serviço Social no âmbito hospitalar, em especial, no HGCR, destacando as atribuições do assistente social neste contexto e analisando as intervenções realizadas por estes profissionais, na Emergência do HGCR, junto a pacientes que recebem atendimento fora de domicílio.

3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E NO CONTEXTO HOSPITALAR

O Serviço Social é uma profissão liberal de nível superior, regulamentada pela Lei n. 8.662/1993. O profissional só estará habilitado ao exercício da profissão após ser registrado no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, que o credencia a assumir as competências e atuações. Portanto, é uma profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente, e sua prática profissional é orientada pelo Código de Ética Profissional – Resolução CFESS n.273/1993, o qual expressa o projeto profissional contemporâneo comprometido com a democracia e com o acesso universal aos direitos sociais, civis e políticos.

A profissão é regulamentada pela Lei n. 8.662 de 07 de julho de 1993 (BRASIL, 1997, p. 39), e em seu artigo 4º está descrito o que é de competência do assistente social:

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgão da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organização populares;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programa e projetos que sejam do âmbito de atuação do serviço social com participação da sociedade civil;
- Encaminhar providencias e prestar orientação social à indivíduos, grupos e a população;
- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades;

- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Além disso, a profissão orienta-se também pelos princípios e direitos firmados na Constituição Federal de 1988 e na legislação complementar referente às políticas sociais e aos direitos da população. Nesta direção, o Serviço Social tem como um dos compromissos, em sua prática profissional, informar e viabilizar os mecanismos pelos quais as pessoas acessam seus direitos traduzidos em políticas públicas. Políticas estas que têm como função atender às necessidades sociais da população e como objetivos, promover, efetivar direitos, fortalecer os processos de cidadania, participação, democracia (BRESSAN, 2009).

O assistente social é um profissional que tem um Código de Ética para nortear sua atuação, que é desenvolvida no campo das políticas públicas com o objetivo de viabilizar os direitos da população: na saúde, educação, previdência social, habitação, assistência social, no meio ambiente e no mundo do trabalho. Pode atuar em entidades públicas e privadas, em entidades não-governamentais e também como gestor ou em funções sócio-educativas e várias outras. O assistente social vem contribuindo efetivamente na construção e defesa das políticas de direitos e dos sistemas instituídos a partir delas, a exemplo do SUS e do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (BRESSAN, 2009).

Com a aprovação da Constituição Federal, a saúde foi incluída no capítulo da Seguridade Social como direito de todos e dever do Estado. Diante dos fatos, os assistentes sociais se preocupavam com a influência desta conjuntura: crises do Estado brasileiro; falência da atenção à saúde; e construção da Reforma Sanitária Brasileira e de um processo interno de revisão do Serviço Social tradicional, com forte disputa pela nova direção a ser dada à profissão.

Segundo Bravo (1996), os sinalizadores desse descompasso da profissão se relacionam com a luta pela assistência pública na saúde. Neste contexto, o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e uma consolidação teórica que contribuíram para uma postura crítica dos trabalhadores em saúde, e que foram apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais em 1985 e 1989. A apresentação de alguns trabalhos nos congressos brasileiros de saúde coletiva foi exemplo deste comprometimento.

A instituição do Código de Ética de 1993 (BRASIL, 1997a, p. 17-18) também trouxe contribuições ao trabalho do assistente social na saúde. Considera-se que o Código de Ética seguido pela profissão apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde, entre elas:

- defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Na avaliação de Bravo (1996), os avanços podem ser considerados insuficientes, pois o Serviço Social como categoria, na área de saúde, chegou à década de 1990 desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária. Com pouca ocupação organizada na máquina do Estado, pelos setores progressistas da profissão, as conseqüências da insuficiência de articulação do Serviço Social, neste período, contribuíram para a implantação e o êxito ideológico do Projeto neoliberal no país.

Segundo Bravo e Matos (2002), os objetivos deste projeto eram a articulação ao mercado ou formas privativas tendo por meta atingir a contenção dos gastos com racionalização da oferta; a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central; e a focalização. O caráter focalizado acontecia no sentido de atender às populações vulneráveis.

Os anos de 1990 serviram de cenário de disputa entre dois projetos políticos na área da saúde: o Projeto privatista e o Projeto da Reforma Sanitária que, segundo Bravo (1996), apresentava diferentes requisições para o Serviço Social. As demandas apresentadas pela proposta privatista eram:

- seleção sócio-econômica dos usuários;
- atuação psicossocial através de aconselhamento;
- ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde;
- assistencialismo através da ideologia do favor;
- predomínio de práticas individuais

Já as demandas do Projeto da Reforma Sanitária orientavam o assistente social a trabalhar as seguintes questões:

- busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde;
- atendimento humanizado;
- estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade;
- interdisciplinaridade;
- ênfase nas abordagens grupais;
- acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Tendo em vista a evolução da Reforma Sanitária e a consolidação do SUS, o Serviço Social insere-se, de modo mais consistente e crítico, no contexto desta política de direitos, considerando suas prerrogativas profissionais estabelecidas no Código de Ética Profissional.

Pode-se afirmar que, atualmente, as ações profissionais do assistente social estão vinculadas à evidência dos fatores sócio-econômicos, culturais e ambientais na determinação das condições de vida e de saúde da população. Estes fatores expressam Necessidades Sociais em Saúde (CECÍLIO, 2001), entre as quais:

- boas condições de vida: a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde;
- necessidade de acessar e consumir tecnologias de saúde capazes de melhorar ou prolongar a vida;
- criação de vínculos (a) efetivos entre usuário e profissional/equipe – estabelecimento de uma relação contínua, calorosa, que imprima o encontro de subjetividades; Necessidade das pessoas desenvolverem autonomia no seu modo de conduzir a vida, com ampla satisfação de necessidades.

Por sua vez, para sua intervenção, o assistente social necessita conhecer:

- o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede);
- a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolem a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde (COSTA, 2000).

O trabalho dos assistentes sociais, na perspectiva de seu projeto e dos processos de intervenção, envolve a reprodução da vida material e das formas de consciência social através das quais os usuários pensam e se posicionam perante os serviços de saúde e a própria vida em sociedade. Por isso a necessidade de compromisso com a intervenção competente e fundamentada em concepções teórico-metodológicas sólidas. Estas revertem em condições de trabalho e qualificam a relação com o usuário, interferem no processamento da ação e nos resultados individual e coletivamente projetados (MIOTO e NOGUEIRA, 2006).

As ações profissionais do assistente social, no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos / processos à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si e, particularmente na saúde, integram o processo coletivo do trabalho (MIOTO e NOGUEIRA, 2007). Assim, a construção da integralidade e da participação social, pelo Serviço Social, está atrelada a três processos básicos: Processos político-organizativos, Processos de planejamento e gestão e Processos sócio-assistenciais.

A integração entre os três processos permite estabelecer o trânsito entre os diferentes níveis de atenção em saúde e também entre as necessidades individuais e coletivas. Nas linhas a seguir serão descritos os três eixos de intervenção.

- **Processos político-organizativos:** o principal objeto é a participação social sob a lógica da pluralidade e da cidadania, voltada para o fortalecimento da sociedade civil. Neste processo, são desenvolvidas ações de assessoria e mobilização, realizadas através de diferentes abordagens, como a grupal, a individual e a coletiva, utilizando-se diferentes instrumentos técnico-operativos: reunião, entrevista, assembléia respectivamente. Ex: intervenção junto aos Conselhos de Saúde.
- **Processos de planejamento e gestão:** desenvolvimento de ações nas instituições públicas e privadas voltadas à proposição e à avaliação de programas e projetos sociais, bem como ao desenvolvimento de ações relacionadas à gestão de recursos humanos, gestão da informação, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços. Ex: intervenção junto às Secretarias Municipais de Saúde.
- **Processos sócio-assistenciais:** ações vinculadas ao atendimento de demandas singulares de usuários, especialmente famílias e segmentos sociais vulneráveis. As ações acontecem privilegiadamente no contexto institucional. O objetivo é contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder às necessidades colocadas na perspectiva da cidadania e

dos direitos. Integram este processo quatro categorias de ações: periciais; sócio-emergenciais; sócio-terapêuticas; sócio-educativas (MIOTO e NOGUEIRA, 2007).

Ao atuar sobre a dinâmica hospitalar, o assistente social se relaciona com inúmeras expressões da questão social que podem se manifestar de diferentes formas. Em alguns casos, são direitos de continuidade de tratamentos negados pela rede básica; em outros, são mediações familiares a serem feitas, situações de negligência, falta de informação, conhecimento e acesso a direitos e benefícios internos e externos.

Para muitos, o hospital é o espaço onde se revelam complexas dinâmicas de vida, sobrevivência e convivência familiar. Ainda há que se considerar a clientela interna, abrangendo-se, aqui, o corpo de colaboradores e voluntários, responsáveis diretos pela efetivação dos serviços e que, portanto, também têm sua parcela de deveres e de direitos a serem assegurados. Assim, pode-se compreender que a dinâmica do serviço hospitalar é permeada por demandas sociais as mais diversas, que estão diretamente ligadas às expressões da questão social, o objeto da prática do Serviço Social.

Segundo Bezerra (*apud* BRESSAN, 2008), os impasses vivenciados pelos assistentes sociais no trato das expressões da questão social na área da saúde advêm de vários elementos que se tensionam, entre os quais:

- a dificuldade em contribuir na operacionalização dos preceitos legais referentes à saúde para aqueles que demandam o setor, uma vez que o Serviço Social não tem poder de decisão, tendo que buscar estratégias de convencimento junto aos demais profissionais para fazer valer os direitos da população demandante;
- a dificuldade em viabilizar as ações complementares ao atendimento dos indivíduos, em função da falta de recursos financeiros do setor, da falta de transporte, enfim, da falta de condições de trabalho que possibilite concretizar as ações necessárias ao atendimento das demandas que se colocam;
- a quase inexistência de estratégias que visem ações mais coletivas e menos individualistas, que possibilitem uma investida mais organizada da população usuária na reivindicação das suas necessidades no tocante à saúde;
- as dificuldades geradas na ação mediadora que os assistentes sociais tentam implementar, na qualidade de elo entre a população demandante do serviço e a instituição, tornando o

assistente social um profissional que passa a ser solicitado quando outros setores não conseguem dar conta das demandas postas para o serviço de saúde.

Assim sendo, há que se considerar que, na dinâmica já complexa dos serviços hospitalares, aqueles destinados à intervenção do serviço social ainda são complexificados por um sistema limitante em suas condições de oferta de serviços e, em certo âmbito, inoperante. Em se tratando das demandas relativas ao tratamento fora de domicílio, percebe-se que há limitações estruturais para o atendimento, tanto em âmbito hospitalar como municipal. Em âmbito hospitalar, há a conhecida realidade das superlotações e restrições estruturais ao atendimento da demanda no tempo e na abrangência necessários. Em âmbito municipal, há uma descontinuidade do fluxo de encaminhamento previsto na política e limitações de atendimento básico que poderiam, muitas vezes, dirimir problemas que se complexificam ao ponto de precisarem de Tratamento Fora de Domicílio.

Para finalizar, observa-se que a atuação do Serviço Social, neste contexto, recebe uma requisição importante de atuação, situando-se no processo sócio-assistencial de cunho sócio-educativo e sócio-emergencial com dimensões mediadoras, como se evidenciará na sequência deste estudo.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HGCR

O assistente social compõe o corpo de profissionais do HGCR desde sua inauguração. Coube à assistente social, Úrsula M. Simon, a organização do Serviço Social, em 1966, alguns dias antes da inauguração do hospital. Esta profissional era professora da Escola de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, e também era assistente social do Hospital dos Servidores Públicos de São Paulo e especialista em Administração Hospitalar. Após estudos efetuados por ela, foram elaboradas as normas de serviço, as rotinas de trabalho, o quadro de pessoal e o respectivo organograma. Nesta fase inicial, a primeira assistente social foi capacitada e iniciou seus trabalhos (GOULART, 2004).

Naquela época, cabia à “Secção de Serviço Social Médico” atender ao Setor de Internação, ao Setor de Seleção Econômico-Social e ao Setor de Serviço Social de Caso. Ao realizar a leitura do livro de atas das reuniões de serviço, que iniciaram em outubro de 1968, observou-se que a Secção recebia assessoria direta do Serviço Social da Fundação Médica Hospitalar Catarinense.

Uma das principais questões problematizadas pelos assistentes sociais, à época, era a atuação com os usuários chamados “indigentes”, aqueles que não possuíam vínculo com os Institutos de Aposentadoria e Pensão. Existia uma tabela para classificação da população indigente e discutia-se a dificuldade de se comprovar a situação relatada pelo usuário na entrevista. Muitas vezes, o assistente social encaminhava ao setor de contas uma solicitação de contribuição pelo atendimento prestado. Nesses casos, a discussão acontecia pelo fato de que a contribuição delimitada era irrisória, não cobrindo os gastos, ou então porque a contribuição exigida era muito elevada, dificultando o pagamento, pelo usuário ou pela família.

Frente às mudanças históricas do sistema de saúde, atualmente, o Serviço Social do HGCR está ligado à Gerência Técnica, juntamente com Nutrição, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Farmácia e Medicina. Conforme o Regimento Interno do Hospital (1995), o Serviço Social do HGCR é o órgão encarregado da coordenação das atividades relativas à assistência complementar aos pacientes e aos familiares em regime de internação e ambulatorial. O Serviço Social coordena, prevê e organiza pessoal e material específicos às suas atividades e estabelece as diretrizes de atuação de acordo com a Divisão à qual estão submetidas: a Divisão Médica Técnica.

Conforme o regimento interno do Serviço Social do HGCR, os objetivos do setor são:

- coordenar, prever e organizar pessoal e material necessário as suas atividades específicas;
- congregar esforços com os demais profissionais, num processo de ação integrada, a fim de atender as necessidades bio-psico-sociais dos usuários e familiares;
- elaborar, coordenar, executar, avaliar, supervisionar planos, programas, projetos de assistência social, bem-estar social serviços sociais e outros;
- planejar, executar, avaliar pesquisas que possam contribuir com a análise da realidade bio-psico-social e com o encaminhamento de questões que emergem da prática do Serviço Social junto à comunidade hospitalar;
- treinar, avaliar, supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social, assistentes sociais e/ou outros;
- contribuir na educação sócio-sanitária da população atendida;
- proporcionar desenvolvimento técnico-profissional ao seu pessoal (HGCR, 1995).

Compete ainda ao assistente social proporcionar condições para o desenvolvimento dos seus diversos campos de atuação. A natureza do trabalho será de supervisão profissional, que

consiste em planejar, organizar, coordenar, controlar e auxiliar a execução das atividades do serviço. O trabalho de execução consiste em realizar atividades que possibilitem a intervenção bio-psico-social e a promoção do usuário e família no nível ambulatorial, de internação e comunitário (HGCR, 1995).

No HGCR, o Serviço Social estabeleceu projetos de ação, dos quais decorre uma série de funções que implicam em suas competências, destacando-se:

- projeto de atuação junto aos usuários internados nas clínicas Neurológica e Neurotraumatologia; Emergência; Clínica Cirúrgica; Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva; Clínica Médica; Ortopedia e Traumatologia;
- projeto de atuação na Unidade de Rim e Serviço de Transplante Renal;
- comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e tecidos para Transplantes

O Serviço Social também atua na unidade de Emergência do HGCR. De acordo com a sistematização de Mito e Nogueira (2007), nesta unidade, são privilegiadas as ações dos Processos Sócio-Assistenciais, especificamente as ações de cunho sócio-educativas e as ações sócio-emergenciais. Conforme as autoras, as ações sócio-emergenciais visam atender às demandas que se revestem de um caráter de emergência e que estão, por sua vez, relacionadas às necessidades básicas e de urgência dos usuários e de suas famílias.

Já as ações sócio-educativas consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, por intermédio da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda/necessidade do usuário.

Ainda no que diz respeito a este tema, no contexto das ações sócio-emergenciais, o assistente social atende a necessidades ligadas a alimentação, roupas, produtos de higiene, contatos com familiares e instituições. Já no âmbito das ações sócio-educativas, são realizadas orientações previdenciárias, orientações para acesso a recursos, serviços e programas do SUS, além de orientações sobre serviços e benefícios da política de assistência social, entre outros, apontando as possibilidades do trabalho do assistente social em torno da efetivação de seu projeto profissional.

Estas ações situam-se no cotidiano do atendimento das demandas dos pacientes que realizam tratamento fora de domicílio, constituindo-se em aspectos práticos e operacionais da dinâmica interventiva, como se constatou na atuação acadêmica junto ao HGCR.

3.3 O SERVIÇO SOCIAL DIANTE DA REALIDADE DOS USUÁRIOS DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DO HGCR

A proposta de intervenção do Serviço Social na Emergência do HGCR está vinculada ao Acolhimento. Para Chupel (2008), o acolhimento, no âmbito do Serviço Social, é parte integrante do processo de intervenção, congregando a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário. Objetiva também o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção. Demanda conhecer desde a utilização da entrevista até os fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos da profissão, bem como as normativas do campo da saúde e da rede de proteção social, a fim de melhor atender às necessidades do usuário, de forma resolutiva e com vistas ao cumprimento do princípio da integralidade (CHUPEL, 2008).

Como foi possível constatar durante o estágio, na Emergência do HGCR, o Serviço Social organiza uma dinâmica de trabalho que permite a apropriação de informações antecedentes para abordar o paciente e a família, a realização de entrevistas e contatos telefônicos, a realização de encaminhamentos. Para o acolhimento, a intervenção obedece a um roteiro que é detalhado na sequência.

- Inicialmente, se faz uma consulta ao Relatório de Pacientes Internados, gerado pelo sistema informatizado de internação mantido pelo hospital. Nele podem ser verificados o nome do paciente, a data da internação e o nome do responsável pela internação.
- Em seguida, consulta-se o Censo de Internação da Enfermagem, registro mantido pelas enfermeiras, que o utilizam para troca de plantão e manutenção de informações sobre os pacientes internados e em observação. Nele constam: nome, idade, se o paciente está internado (em caso positivo, qual a especialidade responsável) ou se está em observação. Constam também providências ou procedimentos que devem ser realizados, podendo informar pacientes que necessitam ou solicitaram atendimento do assistente social.
- Quando se recebe a solicitação de atendimento de algum profissional ou registrado no censo da Enfermagem, geralmente, antes de abordar o paciente, é realizada a leitura do prontuário ou de sua ficha de atendimento.
- Após o encaminhamento, efetuado pelo profissional, é realizada a visita ao leito. Quando não há solicitações, iniciam-se as visitas, procurando privilegiar pacientes que estão

internados há mais tempo e que ainda não passaram pelo acolhimento, como os pacientes idosos sem acompanhante e os pacientes com algum tipo de dependência para cuidado.

- No momento do acolhimento, é realizada a escuta do paciente, quando são abordadas questões acerca de sua solicitação, ou então é realizada uma entrevista semi-estruturada, com questionamentos que tentam identificar a rede de proteção familiar e social. Pergunta-se, inicialmente, sobre: idade; procedência; estado civil; composição do núcleo familiar; se outras pessoas coabitam; profissão e contribuição previdenciária; se outros familiares trabalham; forma de atendimento pré-hospitalar (familiar, SAMU, Corpo de Bombeiros, outros); organização para permanência de acompanhante, entre outros questionamentos.
- As questões se diferenciam e se aprofundam de acordo com a situação social e familiar de cada paciente, principalmente dos pacientes que apresentam situações de vulnerabilidade social, em geral, ligadas aos idosos, doentes crônicos, portadores de deficiência, adolescentes, moradores de rua, pacientes em Tratamento Fora de Domicílio.
- Depois de um breve estudo da realidade do paciente e da família, são realizadas ações de cunho sócio-educativo ou sócio-emergencial. No âmbito das ações sócio-educativas, fornecem-se: orientações sobre a dinâmica institucional, incluindo os direitos dos pacientes e dos acompanhantes; orientações para o acesso a direitos previdenciários e trabalhistas como, por exemplo, o acesso ao auxílio-doença; orientações sobre serviços e direitos que estão incluídos na política de assistência social, como o direito ao auxílio-funeral; orientações para a obtenção de recursos e para o acesso a serviços e direitos no âmbito da própria política de saúde, como órteses e próteses, medicação, nutrição enteral, entre outros. No contexto das ações emergenciais, são realizados contatos com familiares e instituições; tomam-se providências para o transporte, quando da alta hospitalar; providenciam-se roupas e materiais de higiene pessoal; efetuam-se encaminhamentos a casas de apoio para permanência do acompanhante, entre outros.
- Finalmente, as intervenções efetuadas são registradas no prontuário do paciente.

O acolhimento realizado neste primeiro contato com o paciente torna-se muito importante, pois, independente da solicitação para que o profissional do Serviço Social o atenda, o assistente social tem iniciativa na identificação das necessidades e no reconhecimento da realidade social deste paciente. É neste momento de escuta que, na maioria das vezes, é possível esclarecer

dúvidas e expectativas, além de aliviar angústias que geralmente estão ligadas ao desconhecimento dos direitos.

A partir da experiência da acadêmica no campo de estágio, juntamente com a supervisão de campo e pedagógica, percebeu-se que, além da população do município de Florianópolis e dos municípios circunvizinhos, existe uma demanda relevante de usuários que são atendidos na unidade de Emergência e que são oriundos de outras regiões do estado. Entende-se que, pela proposta do SUS, a unidade de Emergência hospitalar é referência para o atendimento da população local. Contudo, a demanda da população oriunda de outras regionais de saúde é expressiva e, quando se ouve os usuários, verifica-se que as condições que os levam a serem internados na Emergência do HGCR demonstram certos desajustes do sistema, como o atendimento em condições inadequadas nos municípios de origem e as cobranças indevidas para acesso ao tratamento. Tal percepção resulta do processo de abordagem, de escuta e de diálogo estabelecido junto aos pacientes.

Dessa maneira, julga-se fundamental, para o trabalho do Serviço Social, conhecer as diferentes relações que se estabelecem no âmbito hospitalar, qualificando, assim, seu campo de intervenção. São questões importantes que necessitam ser problematizadas para subsidiar a ação profissional, destacando as dificuldades de serem efetivados os princípios e as diretrizes do SUS.

Nessa direção, a partir da experiência de estágio, em que se teve oportunidade de atender diferentes usuários e, para este trabalho, a discussão proposta pauta-se na recuperação das observações do diário de campo feito no último semestre de estágio, ou seja, entre março e julho de 2009.

O estágio supervisionado em Serviço Social I (2008/1) buscou evidenciar diferentes procedimentos para a constituição de diagnósticos sócio-institucionais e a identificação da política de direitos à qual se vinculava o campo de estágio. Nesta ocasião, foi privilegiado como espaço o setor de Emergência, em virtude da inserção da profissional supervisora de campo nesta unidade. Naquele local, observou-se que diferentes situações e necessidades são vivenciadas pelos usuários e pelas famílias. Neste âmbito, percebeu-se a demanda institucional a partir dos registros de diário de campo, considerando o uso de instrumentais como a entrevista³. Foi

³ A entrevista é uma privilegiada forma de interação social e objetiva construir informações pertinentes para uma interação. Sua utilização possibilita obter dados de diferentes aspectos da vida social, bem como informações em profundidade acerca do comportamento humano, podendo ser suscetíveis de classificação e quantificação. Pode ser

possível perceber também a importância de se estabelecer uma estratégia de atenção a este público, que seja norteadora para a intervenção do Serviço Social e pautada na humanização da assistência. Nessa perspectiva, realizou-se uma leitura sobre a proposta de Acolhimento em saúde e, a partir desta leitura, delineou-se o projeto de intervenção no segundo semestre de estágio.

Resultou deste processo a análise dos indicadores de registro de diário de campo, os quais apontam para demandas relativas ao excessivo número de pacientes, que se originam de tratamento fora de domicílio. Este passou a ser o foco de observação e de análise acadêmica.

Uma maior compreensão acerca deste segmento foi fundamentada pelos registros, agora priorizados, do caderno de campo. No período de realização do estágio, compreendido entre março de 2008 e julho de 2009, foi possível efetuar, na condição de acadêmica de Serviço Social, o acolhimento e os encaminhamentos com diferentes usuários e familiares. Entretanto, no diário de campo, pôde-se fazer o registro de apenas alguns atendimentos de usuários em tratamento fora de domicílio, visto que, pela grande demanda de atendimentos, não foi viável realizar o devido acolhimento com todos os usuários internados na Emergência do HGCR. Era comum que, em certos dias, estivessem internados cerca de 30 usuários num local onde seria possível acomodar, de forma mais adequada, somente 10 usuários. Além disso, a preocupação com a realidade dos usuários em tratamento fora de domicílio foi objeto de melhor observação e registro no último semestre de estágio. Eram, muitas vezes, usuários e familiares que se abordavam nos corredores na Emergência e que permaneciam ali internados em função da indisponibilidade de leitos.

Neste cenário, sistematizou-se, em diário de campo, 11 atendimentos a usuários e seus familiares, cujas principais características estão descritas no Quadro 1 que segue:

Nome	Sexo	Idade	Estado Civil	Profissão	Procedência	Condição de Transporte
A. P.	M	74	Casado	Aposentado	Concórdia	Secretaria Municipal
M. C.	F	49	Casada	Do-lar	Xanxerê	Secretaria Municipal
Z. M.	F	52	Casada	Agricultora	São Joaquim	Familiar
L. B.	F	24	Casada	Agricultora	Presidente	Secretaria Municipal

considerada “conversa com finalidade” e se caracteriza pela sua forma de organização ou estruturação (MINAYO, 2008).

					Nereu	
V. P.	F	49	Solteira	Do-lar	Tubarão	Secretaria Municipal
A. F.	F	53	Viúva	Do-lar e Pensionista	Concórdia	Secretaria Municipal
O.H.	F	53	Casada	Aposentada	Videira	Secretaria Municipal
A. B.	M	47	Casado	Motorista	Itajaí	Secretaria Municipal
N. Z.	F	62	Casada	Do-lar	Alfredo Wagner	Secretaria Municipal
M. S.	F	65	Casada	Aposentada	Agrolândia	Secretaria Municipal
S. P.	F	45	Solteira	Do-lar	Videira	Secretaria Municipal

Quadro 1 – Principais características dos usuários e de seus familiares

Fonte: Meios próprios da autora, 2009.

Como se observa no Quadro 1, a maior parte dos usuários desta demanda tem idade entre 45 e 74 anos, é do sexo feminino (9 usuários) e reside principalmente na região oeste (8 usuários) de Santa Catarina.

A partir dos relatos e dos encaminhamentos, foi possível identificar diferentes aspectos da realidade dos usuários em tratamento fora de domicílio internados na Emergência do HGCR, que expressam dificuldades de atendimento na região de origem, ligadas à falta de especialistas e à dificuldade de acesso à realização de exames para diagnóstico da doença. Embora a atenção fora de domicílio seja prevista exatamente para cobrir estas especialidades que não são viáveis de serem oferecidas no âmbito local, há que se refletir sobre a necessidade de um sistema que melhor enfoque a questão preventiva (atenção primária) e, ainda, que consiga estabelecer diagnósticos mais eficazes e efetivos. Além disso, há que considerar o processo de encaminhamento e retorno desta demanda para que se possa consolidar o tratamento em todos os níveis e momentos por ele exigidos.

As ações desenvolvidas a partir das demandas apresentadas pelos usuários podem ser assim categorizadas:

- sócio-emergenciais: estes sujeitos apresentam necessidades de intervenção do Serviço Social relativas à alimentação do acompanhante, solicitação de acompanhante, de contatos com familiares, de providências para permanência do acompanhante em casa de apoio e de transporte para retorno ao município de origem;

- sócio-educativas: orientações sobre direitos relativos à previdência social, como requerimento de benefícios previdenciários; orientações sobre direitos e acesso aos serviços de saúde de forma gratuita, como exames de alto custo; orientações quanto às responsabilidades das esferas de governo no devido atendimento ao usuário atendido em outra região de saúde, como direito ao transporte.

Neste processo, muitas mediações são feitas pelo Serviço Social no sentido de potencializar o sujeito com as informações necessárias, bem como junto à rede local para agilizar direitos complementares a serem assegurados.

A quase totalidade dos usuários depende de transporte oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde, o que, em geral, representa atrasos no processo de acesso ou de retorno ao tratamento em domicílio. De acordo com os registros obtidos, apenas um usuário foi transportado em veículo da família. Em contradição, era comum que muitos usuários interpretassem a realização do transporte do município como favor ou gentileza por parte do serviço público municipal, apesar de, muitas vezes, ocorrer uma busca autônoma dos usuários e familiares pelos serviços.

Na Emergência, o Serviço Social mostra-se pronto a atender os encaminhamentos de transporte. Assim, para Costa (2000, p.57), uma das principais requisições ao Serviço Social é a de providenciar transporte para os usuários, seja no caso de realização de exames, de transferências para outros hospitais seja para retorno ao domicílio após a alta médica.

Uma outra dificuldade apontada por quase todos os usuários atendidos era relativa à sobrecarga do acompanhante, que não podia dispor de auxílio de outros familiares para revezar no cuidado à pessoa hospitalizada. Além disso, sua condição de acompanhamento era restrita, uma vez que não dispunha de conhecimentos e suporte na cidade para tal disposição. Os próprios pacientes relataram desconforto ou preocupação com a sobrecarga do acompanhante. Muitos registraram descontentamento quanto às condições às quais ficavam submetidos, o que, naturalmente, fragilizava ainda mais o próprio paciente. Portanto, pode-se dizer, em conformidade com o que foi observado, que o Tratamento Fora de Domicílio ainda não prevê o processo de acompanhamento, o que se considera necessário, uma vez que a grande maioria dos acompanhantes vem de famílias de baixa renda e apresenta limitações de diferentes ordens para colocar-se na dinâmica do acompanhamento ao tratamento de um familiar fora do seu domicílio.

Pode-se exemplificar este contexto com o relato do caso do Sr. A. P. um usuário portador de diabetes, que estava internado na Emergência na companhia de seu filho. Segundo eles, o

usuário necessitava realizar a amputação de dedos do pé e o tratamento necessário não pôde ser realizado no município de origem, pois lá eles teriam acesso apenas ao serviço privado e o procedimento custaria R\$11.000,00. Frente a esta realidade, a família optou por dar continuidade ao atendimento pelo SUS, que foi viabilizado através da Secretaria Municipal de Saúde, para ser realizado em Florianópolis. O familiar relatou que as dificuldades eram relacionadas à distância e à sobrecarga do acompanhante, que não tinha como se revezar com os demais familiares para cuidar do usuário hospitalizado. Também existia a preocupação quanto ao transporte do acompanhante, caso ele necessitasse ir para casa, transporte este que, a princípio, não era entendido pelo familiar como direito, cabendo, então, ao Serviço Social, este trabalho de orientação.

Outro relato relevante é o da usuária Z. M.. Segundo ela, há muito tempo tentava realizar tratamento no município de origem. Como os tratamentos não faziam efeito, a usuária decidiu procurar um médico, especialista na área, em Florianópolis. Não tendo conseguido agendamento pelo SUS, resolveu efetuar uma consulta particular no consultório do profissional, que lhe indicou internação. Como ela não tinha convênio nem condições de pagar o serviço, o médico aconselhou que ela se internasse na Emergência do HGCR, onde o profissional também atende seus pacientes. Ao se internar na Emergência, a paciente relatou que era necessário fazer uma ressonância magnética e que este exame já estava agendado. E perguntou se o hospital ofereceria o transporte. Após receber resposta afirmativa, a familiar que a acompanhava disse que era necessário que ela fosse junto para fazer o pagamento do exame, que seria em clínica particular, no valor de R\$1.400,00. Contudo, quando questionou de forma mais concisa, ficou esclarecido que, apesar do hospital não possuir aparelho para fazer a ressonância, enquanto a paciente estivesse internada, a responsabilidade de atendê-la em todas as necessidades era do hospital. Segundo ela, o médico dissera que o hospital não tinha o aparelho e por isso não realizaria o exame. Esclarecida do seu direito e da responsabilidade do hospital, foi providenciado, junto à equipe médica, que a usuária fizesse o exame na clínica credenciada pelo hospital e pelo SUS, assim como acontece com os demais pacientes internados nos hospital que necessitam do mesmo exame.

Como se observa, o Serviço Social acaba por atender demandas que se consolidam em atendimentos de cunho sócio-educativo, sócio-emergencial e mediador. Em qualquer âmbito, trata-se da priorização do acesso a direitos e do reconhecimento da condição de cidadania destes

sujeitos como usuários do SUS em tratamento fora de domicílio, em especial, se for considerado o previsto no processo de regionalização e hierarquização dos serviços.

Julga-se conveniente ressaltar que, no momento de realização dos atendimentos aos usuários em tratamento fora de domicílio, não se verificou, por questões de rotina institucional, se os mesmos portavam a autorização para este tipo de tratamento, mas de um modo geral, a partir da observação constante efetuada durante os três semestres de estágio, foi possível averiguar que a maioria dos usuários é encaminhada, por suas secretarias municipais de saúde, sem a documentação, o que permite problematizar que, aquilo que é institucionalizado pelas políticas para organizar o fluxo e a circulação dos pacientes não é respeitado pelos agentes operadores da política, ou seja, pelos protagonistas na construção do SUS mais acessível à população.

O contexto do atendimento permite perceber e reconhecer que o SUS se presta a consolidar o acesso aos serviços de saúde em âmbito público para toda a sociedade, independente de sua localização geográfica. Todavia, a operacionalização deste sistema e de seus serviços requer melhorias que contemplem certos aspectos, como: fortalecimento da atenção básica; fluxo de atendimento e encaminhamento formalizado pelas redes locais e com condições de mobilidade; disseminação dos direitos destes pacientes em quaisquer âmbitos de atendimento; articulação entre os níveis hierárquicos, para complementação e agilização dos serviços; integração da dinâmica de convívio e do acompanhamento familiar ao contexto dos serviços, uma vez que o acompanhante é agente do tratamento e será fundamental no processo de recuperação, pós-alta e retorno à inserção na rede local, para continuidade do tratamento em domicílio, dentre outras questões. Este último aspecto reconhece a centralidade da família no contexto da vida e das relações de cada sujeito. A família, de acordo com Miotto (1997), pode ser entendida como o núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo, e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. A família, atualmente, tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social em que está inserida e, no caso do estudo realizado, constata-se que é parceira incontestável do Estado no processo de cuidado à saúde.

Os aspectos contextualizados ao longo da experiência acadêmica permitem situar a ação estratégica do Serviço Social no contexto da Política de Saúde, em especial, no tocante ao foco desta temática, o Tratamento Fora de Domicílio. Neste âmbito, acentua-se a ação do Serviço Social no contexto da constituição de procedimentos interventivos sustentados na dimensão ético-

política, técnico-operativa, teórico-metodológica que garante aos beneficiários em questão expressivos índices de resolutividade de suas demandas, não obstante os desafios e as limitações expressas por esta política de direitos e pelo nível de complexidade de atendimento aqui pesquisado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No HGCR, é possível verificar muitas questões que expressam as dificuldades da efetivação do SUS tal como disposto nas suas delimitações legais, entre as quais: tempo inadequado ou demora, falta de leitos, precarização do trabalho, equipamentos obsoletos ou danificados, estrutura física insuficiente e inadequada. Por outro lado, a população apresenta problemas cada vez mais complexos, especialmente relacionados à sua situação sócio-sanitária. Neste contexto, o assistente social é muito requisitado e, em contrapartida, as condições de trabalho, mediadas pelas políticas sociais, nem sempre oportunizam a consecução dos objetivos profissionais. Contudo, foi possível pensar e desenvolver uma proposta de trabalho que possibilite o avanço da proteção social aos usuários da Emergência do HGCR, tendo em vista que as abordagens feitas aos pacientes fora de domicílio visam investigar e diagnosticar suas demandas e as de seus familiares, mediando-as no contexto do sistema de atenção previsto pelo SUS.

Ao se analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde, identifica-se que alguns desafios ainda estão por ser vencidos na atualidade. A saúde é entendida como um direito fundamental e há o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e aos serviços de saúde. Cabe, então, ao Serviço Social, junto com os demais profissionais da saúde, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde. O trabalho do assistente social, na saúde, que queira ter como norte o projeto ético-político profissional, tem que estar associado a ações competentes e críticas e buscar consolidar, de modo articulado e cooperado, os princípios do SUS.

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se, no decorrer do processo da realização do estágio no HGCR, que há um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários dentro e fora do hospital. Existem esforços para a reorganização dos serviços de saúde de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência, de acordo com os variados graus de necessidades. O acesso tornou-se uma preocupação a partir do entendimento de que a cobertura é o resultado de uma oferta eficaz e sistematizada de serviços básicos de saúde. Estes últimos devem, portanto, satisfazer as necessidades da população, ao serem proporcionados de forma contínua, em lugares acessíveis e de maneira aceitável pela mesma. Porém, o fluxo dos pacientes que necessitam realizar o

tratamento fora de suas regiões, muitas vezes, está contido numa lógica de administração eficiente dos recursos e de qualidade técnica que não vislumbra as barreiras da população que reorganizam os fluxos pré-estabelecidos. Assim, os profissionais (médicos ou não-médicos) acabam também refazendo e determinando os serviços de referência frente às dificuldades atravessadas pela população e frente às condições impostas pelo sistema. Neste cenário, as Emergências hospitalares tornam-se a caixa de ressonância deste sistema que procura garantir o atendimento. No entanto, é preciso ressaltar que a instituição hospitalar inflada não vai conseguir atingir o objetivo de prestar atendimento, da forma correta, aos usuários, pela falta de condições materiais para propiciar o bem-estar dos usuários e de suas famílias que necessitam deste serviço.

O conjunto de usuários atendidos junto à Emergência do HGCR traduz a forma como se operacionaliza o processo de atendimento fora de domicílio, considerando-se o princípio da regionalização e hierarquização como prerrogativas do sistema de saúde vigente. Todavia, a funcionalidade deste sistema não tem atingido a cobertura e a qualidade necessária para que o conjunto de demandas diferenciadas possa ainda ser tratado no âmbito desta política de direitos. O olhar investigativo e diagnóstico do serviço social junto às Emergências e, em especial, junto a pacientes em tratamento fora de domicílio e seus familiares, permite que tais demandas sejam apreendidas e medidas no contexto da lógica da integralidade e completaridade das políticas, bem como do próprio processo de re-ordenamento para atenção no âmbito local-domiliciar. Neste contexto, demandas diferenciadas, circunscritas em dimensões especialmente sócio-assistenciais, sócio-educativas e sócio-emergenciais, colocam o Serviço Social como agente estratégico no reconhecimento das demandas familiares e sua interlocução com os mecanismos de sua resolução, o que, normalmente, envolve o processo de empoderamento dos usuários por meio da informação e do conhecimento transmitidos ou construídos conjuntamente com os usuários.

Durante a experiência da realização do estágio, percebeu-se que muitos dos usuários atendidos eram pessoas com sofrimento emocional e que necessitavam de atenção de seus cuidadores. Por isso, acredita-se que o vínculo que pode ser criado entre o usuário, seus familiares e o profissional da saúde faz com que este usuário crie um sentimento de confiança e conforto. Acredita-se igualmente que este vínculo possa contribuir para acelerar a recuperação deste usuário, fazendo com que não se sinta tão distante do seu processo de cura.

Percebeu-se ainda, durante a escuta, que muitos usuários que reclamavam do atendimento prestado no âmbito da unidade de Emergência só estavam procurando o HGCR

porque, em seus municípios de origem, não tiveram como buscar o atendimento. Diante desta evidência, pode-se concluir que o acesso é delegado ao usuário e, conseqüentemente, às famílias.

Portanto, acredita-se ser relevante que, cada vez mais, os profissionais assistentes sociais se preocupem com a ética profissional, focados no comprometimento com a viabilização de direitos frente às políticas de saúde, e buscando, na sua prática profissional, a articulação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, o que se constitui em muitos desafios a serem enfrentados, principalmente no atendimento da Emergência hospitalar, para que os usuários da saúde sejam atendidos com a dignidade que merecem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; LISBOA, C. A. **Distritos sanitários: concepção e organização**. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencabasica.php>. Acesso em: 14/09/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/leis.html>. Acesso em: 19/08/2008.

_____. Lei n. 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. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/leis.html>. Acesso em: 19/08/2008.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 319, de 07 de novembro de 2002. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. **Ministério Público**. Disponível em: http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/direitos/resolucao_319_02.asp. Acesso em: 19/08/2008.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. São Paulo: Rideel, 2001.

_____. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Lei 8.662 de regulamentação da profissão**. 3. ed. Brasília: CFESS, 1997.

_____. Resolução CFESS n. 273/1993 de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. **Código de Ética do Assistente Social**. 3. ed. Brasília: CFESS, 1997a.

BRAVO, M. I. S.. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

BRESSAN, C. S.. **A participação do Serviço Social para a qualificação do trabalho voluntário realizado junto ao setor de oncologia na área de saúde hospitalar**. 2009. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2009.

CECÍLIO, L. C. O.. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 13, v. 3, jul-set. 1997, p. 469-478.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.. MATTOS, R. A.. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ, 2001, p. 113-126.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E.. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar** (2003). Disponível em: www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc. Acesso em: 23 de agosto de 2009.

CHUPEL, C. P.. **Acolhimento e Serviço Social**: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis. 2008. 158f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

COELHO, R. R.. **A orientação como instrumento da garantia do direito à saúde para os usuários do SUS no pronto socorro do Hospital Regional de Araranguá**. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2008.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

COSTA, M. D. H.. O trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais. **Serviço Social e Sociedade**, n. 62, São Paulo: Cortez, 2000.

DRAIBE, S. M.. O “Welfare State” no Brasil: características e perspectivas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 3, n. 6, p. 13-60, 1988.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I.. Regionalização da saúde e consciência regional. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 3, n. 2, p. 35-46, 2006.

GOULART, E. T. J.. **A prática profissional do assistente social junto ao usuário internado na Unidade de Internação de Neurocirurgia do Hospital Governador Celso Ramos**. 2004. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

HGCR. **Regimento Interno do Hospital Governador Celso Ramos**, 1995, MIMÉO.

KAMEYAMA, N. **As novas tendências das políticas sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998, p. 01 – 19.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. In: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/Organização Panamericana de Saúde, 1995, p. 201-216.

MAGAJEWSKI, F. R. L. **Seletividade estrutural e a construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no período de 1987-1990**. 1994. 238 f. Dissertação de Mestrado em Administração. Universidade Federal de Santa Catarina - CPGA, Florianópolis, 1994.

MENDES, As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995, p. 19-92.

MENICUCCI, T. M. G.. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social e Sociedade**, n. 87, p. 58-75, 2006.

MINAYO, M. C. S.. Trabalho de campo: contexto da observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 61-77.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Serviço Social e Sociedade**, n. 57, p. 114-129, 1997.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R.. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al (Orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. ABEPSS/OPAS, julho de 2006. CD-ROM.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R.. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (Orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS/OMS/Cortez, 2007, p. 273-303.

NEVES, J. L.. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>. Acesso em: 05/05/2009.

OLIVAR, M. S. P.; VIDAL, D. L. C.. O trabalho dos assistentes sociais nos hospitais de emergência: notas para debate. **Serviço Social e Sociedade**, n. 98, p. 139-158, 2007.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003**. Ciências Saúde Coletiva, n. 11 v. 4, 2006, p. 1011-1022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual Estadual de Tratamento Fora de Domicílio**: TFD. Florianópolis: IOESC, 2004.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Hospitais Catarinenses**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hospitais/hgcr/index.htm>. Acesso em: 05/08/2008 (2008).

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**: PDR 2008. Florianópolis: IOESC, 2008a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**: PDR 2008. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/PDR/PDR_2008_-_Aprovado.pdf. Acesso em: 02/04/2009.

SEEMANN, G.. **O Serviço Social na área da saúde**: contribuições para a reflexão sobre a prática profissional. 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, V. G. C.; CORBO, A. D. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 27-42.

SIMIONATTO, I. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. **Revista Inscrita/Dossiê CFESS**, 1999, p. 15-20.

TRAVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 20, s. 2, p. 190-198, 2004.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.

ANEXOS

ANEXO A – Pedido de TFD e laudo médico de TFD

Folha 1 do Anexo A

Folha 2 o Anexo A

Folha 3 do Anexo A

ANEXO B – Fluxograma para encaminhamento de pacientes via TFD

Folha 1 do Anexo B

ANEXO C – Dados estatísticos de internação e atendimento emergencial do HGCR – 2008

Folha 1 do Anexo C

Folha 2 do Anexo C

Folha 3 do Anexo C

Folha 4 do Anexo C

Folha 5 do Anexo C

Folha 6 do Anexo C

ANEXO D – Declaração de responsabilidade

Folha 1 do Anexo D