

PUCRS

ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

FERNANDA BRENNER MORÉS

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO PELO/PARA
SERVIÇO SOCIAL**

Porto Alegre
2021

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

FERNANDA BRENNER MORÉS

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO
PELO/PARA SERVIÇO SOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Humanidades da PUCRS como parte do programa de pós-graduação, para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Isabel Barros Bellini

PORTO ALEGRE

2021

Ficha Catalográfica

M893t Morés, Fernanda Brenner

Transição do Cuidado na saúde : a construção de um conceito pelo/para Serviço Social / Fernanda Brenner Morés. – 2021.
149 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Transição do Cuidado. 2. Política de Saúde. 3. Integralidade.
4. Trabalho do/a Assistente Social. I. Bellini, Maria Isabel Barros.
II. Título.

FERNANDA BRENNER MORÉS
**TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO
PELO/PARA SERVIÇO SOCIAL**

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Maria Isabel Barros Bellini
Orientadora

Prof. Dr. Giovane Scherer
Examinador

Profª. Drª. Beatriz Gershenson
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Em tempos difíceis de distanciamento, isolamento, ausência de presença física, de toque, de abraço, nos reinventamos, nos aliamos a tecnologia e em alguns momentos também fomos engolidos por ela. Assim, buscamos outras formas de transmitir o afeto e carinho as pessoas especiais. Nesta caminhada do mestrado uso dos agradecimentos desta dissertação para demonstrar toda a minha gratidão e amor as pessoas que se fizeram presentes durante esse processo, que brindaram cada passo e me confortaram nos momentos desafiadores.

Agradeço a minha querida professora orientadora Maria Isabel Barro Bellini por iluminar essa trajetória, pela compreensão, acolhimento, pelas trocas e reflexões. Obrigada Belinha trouxe leveza e inspiração na construção deste trabalho.

Aos professores da banca, Beatriz Gershenson e Giovane Scherer, que tenho grande admiração e carinho. O encontro com vocês foi grandioso em vários sentidos: pelo acolhimento, valorização, respeito, carinho e pelas preciosas sugestões que contribuíram neste processo de escrita. Realmente abrilhantaram essa caminhada.

Em especial, sou grata as assistentes sociais participantes desta pesquisa, que frente a todos os desafios enfrentados neste ano, disponibilizaram seu tempo, abriram um espaço em suas agendas e possibilitaram dialogar, trocar e construir este estudo como almejado desde o início no projeto: uma construção coletiva produzida por profissionais, compartilhando suas vivenciais e experiências dos seus cotidianos de trabalho.

As minhas colegas assistentes sociais da internação do HNSC, com quem compartilho as experiências do dia a dia e tenho admiração e respeito. Permitiram que pudesse participar da pós-graduação, supriram minha ausência em alguns momentos e compreenderam meu cansaço neste período. Sem o apoio de vocês não seria possível. Obrigada pela parceria e cuidado, em especial nos momentos difíceis.

À minha amiga e colega assistente social Renata Alves que foi incansável neste período com sua escuta, acolhimento, apoio, trocas, diálogo e incentivo para chegar até aqui. Obrigada duplinha por estar ao meu lado!!

As minhas maravilhosas colegas do NETSI, Laurem, Paula, Nina, Gessi, Nadianna, Maíra, Fernanda e Magda, pelo acolhimento, trocas, apoio e cuidado em todos os momentos do mestrado.

As minhas queridas colegas do mestrado, Carla Jacques e Marluí Tellier, que durante este caminho tornaram-se lindas mães. Mesmo em alguns momentos distantes fisicamente se fizeram presente nas trocas e construção deste estudo, trilhando esta caminhada comigo. Obrigada meninas por tudo!

As minhas amigas da vida, minha rede de amor e afeto, que em todos os momentos da minha vida estão sempre comigo, me apoiando, confortando e incentivando. Amo vocês!

Ao meu amor, Rodrigo Gonçalves, por compartilhar a vida comigo e deixá-la ainda mais leve, por me acolher nos momentos difíceis. Obrigada pelo cuidado que tem comigo. Te amo!!

Meu maior agradecimento é para minha mãe, Alice Brenner, meu amor incondicional, minha inspiração de vida, meu alicerce, meu porto seguro. Obrigada por em incentivar sempre. Te amo muito!!!

Por fim, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, em nome de todos os seus professores, funcionários, colaboradores e aos colegas do curso que compartilharam esta caminhada. E a CAPES pela concessão da bolsa parcial de mestrado e incentivo à pesquisa que possibilitou a realização deste estudo, tornando viável o ingresso e permanência no curso.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001” (“This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001”).

Dedico este trabalho a todas/os assistentes sociais que estão na linha de frente dos serviços no enfrentamento à pandemia.

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitês de Ética em Pesquisa

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal do Serviço Social

CIPNSP – Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretário de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COVID-19 – Doença do Coronavírus 19

CPMF – Contribuição Provisória de Movimentação Financeira

EC – Emenda Constitucional

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESPII – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

NASF – Núcleo de Apoio da Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNBA – Política Nacional de Atenção Básica

PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SIPESQ – Sistema de Pesquisa da PUCRS

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

Esta dissertação investiga como vem se constituindo o trabalho dos/as assistentes sociais na Transição do Cuidado na saúde, e busca através dos objetivos analisar a concepção da Transição do Cuidado na política de saúde brasileira e a sua relação com o princípio da integralidade, identificar os desafios e potencialidades da Transição do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de contribuir na qualificação do exercício profissional da/o Assistente Social e consolidação do princípio da integralidade no SUS, considerando as consequências da deterioração do ideário neoliberal na política de saúde. Destaca as implicações que atravessaram a elaboração deste estudo ocasionadas pela pandemia do coronavírus. Para isto, realizou-se um estudo qualitativo norteado pelo referencial teórico do método dialético crítico o que possibilita contribuir na explicação do objeto de estudo em relação à realidade social e orientar os processos interventivos. O cenário da pesquisa é um Complexo de Serviços de Saúde, que integra serviços de todos os pontos da RAS, e as participantes da pesquisa são assistentes sociais vinculadas as unidades de internação hospitalar, unidades de saúde da família e programa de atendimento domiciliar. A coleta dos dados desenvolveu-se na forma da triangulação de dados para cercar o objeto e responder os objetivos deste estudo. Com o intuito de pesquisar o trabalho do/a assistente social na Transição do Cuidado utilizou-se a técnica de coleta coletiva de pesquisa Metaplan através de reuniões on-line, devido as implicações da pandemia pelo coronavírus que atravessaram este estudo. Para qualificar o processo de investigação e desvendamento do objeto utilizou-se do tipo de pesquisa documental sobre os documentos legais da política de saúde e levantamento e análise dos prontuários eletrônicos dos/as usuários/as da internação hospitalar. A partir da revisão de literatura e da análise da legislação de saúde, foi identificado que, apesar a incipiência de produção sobre o tema e a fragilidade na definição de um conceito, a Transição do Cuidado está associada ao conceito ampliado de saúde e em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação a garantia do acesso, integralidade das ações, autonomia do usuário e direito a informação. A análise dos depoimentos das assistentes sociais na construção do conceito da Transição do Cuidado evidenciou o caráter coletivo da Transição do Cuidado confirmado através do encontro entre os diferentes atores em diferentes dimensões e que como estratégia coletiva fomenta mudanças na produção do cuidado em saúde podendo transformar a realidade da política de saúde como um todo.

Palavras-chave: Transição do Cuidado, Política de Saúde, Integralidade, Trabalho do/a Assistente Social;

ABSTRACT

This dissertation investigates how the work of social workers in Health Care Transition has been constituted, and seeks through its objectives to analyze the concept of Care Transition in Brazilian health policy and its relationship with the principle of integrality, to identify the challenges and potentialities of the Transition of Care in the Health Care Network (RAS), in order to contribute to the qualification of the professional practice of the Social Worker and consolidation of the principle of integrality in the SUS, considering the consequences of the deterioration of the neoliberal ideology in politics of health. It highlights the implications that went through the elaboration of this study caused by the coronavirus pandemic. For this, a qualitative study was conducted, guided by the theoretical framework of the critical dialectical method, which makes it possible to contribute to the explanation of the object of study in relation to the social reality and to guide the interventional processes. The research scenario is a Health Services Complex, which integrates services from all parts of the RAS, and the research participants are social assistants linked to hospitalization units, family health units and home care program. Data collection was developed in the form of data triangulation to surround the object and answer the objectives of this study. In order to research the work of the social worker in the Transition of Care, the collective research collection technique Metaplan was used through online meetings, due to the implications of the coronavirus pandemic that crossed this study. To qualify the process of investigation and unveiling of the object, we used the type of documentary research on the legal documents of health policy and survey and analysis of the electronic medical records of the users of the hospitalization. From the literature review and the analysis of health legislation, it was identified that, despite the incipience of production on the theme and the fragility in the definition of a concept, the Transition of Care is associated with the expanded concept of health and in line with the principles of the Unified Health System (SUS) in relation to guaranteeing access, integrality of actions, user autonomy and right to information. The analysis of the testimonies of the social assistants in the construction of the Transition of Care concept evidenced the collective character of the Transition of Care confirmed through the meeting between the different actors in different dimensions and that as a collective strategy it fosters changes in the production of health care that can transform the reality of health policy as a whole.

Keywords: Transitional care, Health Policy, Integrality, Social Assistant Work;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 POLÍTICA DE SAÚDE: A TRANSIÇÃO DO CUIDADO COMO ESTRATÉGIA PARA CONSOLIDAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE	34
2.1 A pandemia por Coronavírus e o pandemônio na política de saúde: o trabalhador em/na saúde sob holofotes.....	35
2.2 A política de saúde brasileira e os rebatimentos do neoliberalismo: “há doenças piores que as doenças”.....	49
2.3 Construindo a Transição do Cuidado na interface com a rede de atenção à saúde: viva o SUS!	61
2.3.1 Fertilizando o conceito de Transição do Cuidado na saúde	62
2.3.2 <i>A Rede de Atenção à Saúde como terreno fértil para o brotamento da Transição do Cuidado na Saúde</i>	72
2.3.3 <i>A Transição do Cuidado como adubo e a integralidade como semente e fruto para o cuidado na saúde</i>	81
3 REFLEXÕES SOBRE SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: construindo elementos para o debate sobre a Transição do Cuidado na saúde e as contribuições do/a assistente social	85
3.1 As trincheiras do cotidiano do trabalho dos/as assistentes sociais no enfrentamento da pandemia	86
3.2 Serviço Social e política de saúde: irmanados na construção da Transição do Cuidado	91
3.3 Análise dos dados dos prontuários eletrônicos.....	103
3.4 A interface entre trabalho coletivo, comunicação e formação em saúde na construção do conceito da Transição do Cuidado pelo/para serviço social.....	108
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE COMO O CAMINHO PARA O FORTALECIMENTO DO CUIDADO INTEGRAL	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ANÁLISE DE DOCUMENTOS.....	139
APÊNDICE B – QUESTÕES GERADORAS	140
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	141
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS	144
APÊNDICE E – GRADE DAS CATEGORIAS	145

1 INTRODUÇÃO

O interesse sobre a Transição do Cuidado¹ em estudos internacionais e nacionais surge como resposta ao envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas, a redução do tempo de internação hospitalar e superlotações das emergências e hospitais. Assim, entendemos a Transição do Cuidado como uma importante estratégia para efetivação de um sistema integrado em saúde, por buscar uma forma de superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (ACOSTA, 2016; WEBER, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na Série Técnica sobre Cuidados Primários Mais Seguros, intitulada Transição do Cuidado, publicada em 2016, refere-se às Transições do Cuidado como os vários pontos, físicos ou em contato com os profissionais da saúde, que o/a paciente/usuário/a² se desloca ou retorna para os fins de receber cuidado de saúde. Isso inclui as transições entre a atenção hospitalar e a atenção primária e vice-versa, reconhecidos como cenários de altos riscos para a segurança do/a paciente/usuário/a³. Compreendendo, assim, a Transição do Cuidado como parte integrante da jornada de um paciente/usuário em todo o atendimento nos sistemas de saúde (WHO, 2016)⁴.

Esta série técnica produzida pela OMS apresenta o conceito da Transição do Cuidado a partir da sistematização da produção de diversos estudiosos do tema, refere-se a Transições do Cuidado, de forma plural, por envolver interfaces entre cuidados primários, comunitários e hospitalares. Assim, podemos então compreender

¹Neste estudo a palavra **Transição do Cuidado** será escrita em letra maiúscula, para ser realçada no texto, pois refere ao tema central da investigação e o objetivo da pesquisa.

²O termo **paciente** foi utilizado conforme referência do documento “Série Técnica sobre Cuidados Mais Seguros na Atenção Primária”, produzido pela Organização Mundial da Saúde. O presente estudo faz uso da nomenclatura **usuário/a cidadão-cidadã**, conforme material produzido pelo Conselho Regional do Serviço Social (CRESS RS): “É toda a pessoa que acessa as políticas públicas, via serviços, programas, projetos e/ou benefícios, por meio de organizações públicas ou, eventualmente, privadas que se conveniam com o Estado. Exercem direitos de cidadania, previsto pela Constituição Federal de 1988, para atender as suas demandas e/ou necessidades”.

³ Conforme a Portaria 529, de 1º de abril de 2017, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, elaborada pelo Ministério da Saúde, defini como Segurança do Paciente no art. 4º, inciso I, “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

⁴Conforme consta no documento elaborado pela OMS, a seguinte indicação sobre realizar a sua tradução: “This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition” (WHO, 2016). Tradução nossa: “Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde. A OMS não é responsável pelo conteúdo ou precisão desta tradução. A edição original em inglês será a edição obrigatória e autêntica”.

que a Transição do Cuidado não ocorre de forma linear, pois envolve os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde para a garantia do cuidado continuado, ou seja, não é apenas um caminho de ida e volta, mas a conexão desses pontos na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde.

Desta forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende o termo “Transições do Cuidado”, mais amplo que “entrega clínica”, pois além dos aspectos clínicos da transferência do cuidado, envolve outros fatores como visões, experiências e necessidades dos/as pacientes/usuários/as. Refere a limitação do conceito de “a entrega” ao não capturar o conjunto de questões envolvidas na transferência de um paciente/usuário e a responsabilidade de cuidados de um profissional e/ou serviço para outro. Apresenta como imperativo o papel e responsabilidades do/a paciente/usuário/a como centrais para apoiar a construção de estratégias de transições seguras e eficazes de cuidado (WHO, 2016).

Acosta (2016) reitera em seu estudo as contribuições de pesquisadores internacionais sobre o tema (GEARY; SCHUMACHER, 2012; TREGUNNO, 2013), onde salientam a Transição do Cuidado como um processo complexo, pois ocorre em um contexto de múltiplos relacionamentos que envolvem o/a paciente/usuário/a, seus familiares e cuidadores, os profissionais que prestam o atendimento e os que continuarão a assistência em saúde. Assim, exige coordenação e comunicação entre pessoas de diferentes formações, experiências e habilidades.

A Transição do Cuidado não se entende, então, como apenas um encaminhamento do usuário de um serviço para o outro, está associada ao reconhecimento das necessidades dos usuários e o respeito à sua autonomia nas decisões sobre as ações de cuidado em saúde.

Conforme já expresso no conceito apresentado pela OMS, a Transição do Cuidado está relacionada à Segurança do Paciente, por isso requer um grau de coordenação do cuidado para que não ocorra a perda de informações importantes para a continuidade do cuidado. Devido às transições de configuração de cuidado entre os serviços de saúde estarem associadas às alterações no estado de saúde do/a paciente/usuário/a, podem ter um novo diagnóstico, um novo tratamento ou uma mudança no status funcional que afeta sua capacidade para gerir as suas próprias condições fora do ambiente de cuidados de saúde (WHO, 2016).

A atenção para processos de transição adequados, então, além de contribuir para evitar reinternações desnecessárias e reduzir os custos dos cuidados de saúde, está voltada para melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar na qualidade de vida dos usuários de saúde. Desta forma, “a Transição do Cuidado é definida pelo conjunto de intervenções projetadas para coordenar os cuidados durante a transferência do paciente entre os serviços de saúde, inclusive para o domicílio” (WEBER, 2018, p.17).

Há um interesse sobre o tema nas produções teóricas internacionais através de estudos para avaliar a qualidade da Transição do Cuidado, para a construção e validação de instrumentos de avaliação e protocolos para a sua efetivação, associando a Transição do Cuidado com a alta hospitalar. Os artigos identificados avaliam os processos de Transição do Cuidado como essenciais para pessoas com doenças crônicas, idosas, com necessidades complexas de cuidados e fragilidade nas condições de saúde. Destacando que, realizada de forma adequada, podem qualificar as ações da assistência em saúde, a articulação da rede de serviços, qualidade de vida dos/as paciente/usuários/as, diminuir efeitos adversos, erros de medicamentos, contribuir para evitar reinternações hospitalares desnecessárias e reduzir os custos das instituições de saúde.

Nestas aproximações com as produções teóricas internacionais podemos destacar alguns artigos, como: Identificação dos fatores de sucesso da transição do cuidado segura e qualificada (SPEHAR A, CAMPBELL R, CHERRIE C, et al; 2005); Os impactos na qualidade da assistência prestada na saúde, vida dos pacientes e familiares (SOLAN L G, et al. 2015; FLEMING et al, 2013); Avaliação do desempenho dos serviços; Organização da rede de saúde (BAILLIE et al.; 2014); e Propostas práticas de melhoria da qualidade das Transições dos Cuidados (GUERRERO et al, 2014).

Nas produções nacionais, o tema da Transição do Cuidado é predominantemente pesquisado pela área da enfermagem apresentando estudos que indicam o enfermeiro como o principal responsável pela coordenação da Transição do Cuidado. Os estudos identificados pela área da enfermagem apresentam os seguintes objetivos: examinar a Transição do Cuidado em famílias que cuidam de idosos com AVC (RODRIGUES et al, 2013), a experiência de pais com crianças e adolescentes com leucemia quanto à Transição do Cuidado (RODRIGUES et al, 2019),

planejamento da alta hospitalar (NUNES, QUEIROZ, 2017), a identificação às atividades dos enfermeiros na Transição do Cuidado a partir de evidências na literatura (WEBER et al, 2017), e demonstram quais são as atividades dos enfermeiros na Transição do Cuidado (ACOSTA et al, 2018). Também se identifica a apropriação do tema pela área da Farmácia, (COSTA et al, 2015), através de um artigo sobre problemas farmacológicos e serviços de contato após a alta, visto a relação da Transição do Cuidado com a Segurança do Paciente na área da saúde.

Entre estes estudos, localizamos, no campo da Enfermagem, uma dissertação sobre a análise da Transição do Cuidado de pacientes com doenças crônicas da unidade de internação para o domicílio (WEBER, 2018), e uma tese sobre a avaliação e adaptação de um dos instrumentos internacionais para analisar a transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas de alta da emergência para o domicílio (ACOSTA, 2016).

Diante dessas aproximações, surgem as motivações pelo tema Transição do Cuidado na Saúde. Conforme as orientações na série técnica produzida pela OMS, a Transição do Cuidado deve ser planejada da esfera macro a micro, de acordo com a realidade dos sistemas de saúde. Com isso, entendemos que as ações de assistência em saúde como esfera micro devem estar pautadas na Política de Saúde para sua efetivação e garantia na continuidade do cuidado, na perspectiva da atenção integral à saúde. Conforme Weber (2018), a Transição do Cuidado é uma estratégia para auxiliar na assistência e na organização dos serviços de saúde.

A transição do cuidado é uma prática implementada em diversos países, a qual possui vários aspectos positivos, tais como o planejamento de alta, educação do paciente e família, promove a autogestão dos cuidados, contribui para a segurança quanto à administração das medicações no ambiente domiciliar e integração entre os serviços de saúde. (WEBER, 2018, p.61).

A OMS identifica que as realidades dos sistemas de saúde implicam nas Transições do Cuidado. Ocorrências como superlotação hospitalar, falta de serviços apropriados na comunidade e pressões econômicas determinam quando e onde os/as usuários/as são transferidos. Os estudos internacionais apresentam as estratégias de Transição de Cuidados em modelos de sistema de saúde conforme as suas realidades. Já nos estudos nacionais não há uma relação direta entre o tema com a realidade da política de saúde brasileira.

Em âmbito nacional, Weber (2018) destaca os avanços da política de saúde em relação à estruturação da RAS e da consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde, mas identifica fragilidades na Transição do Cuidado diante deste contexto, evidenciadas pelo elevado número de reinternações, a busca dos/as usuários/as pelos serviços de emergência, a falta de comunicação profissionais da atenção hospitalar com a atenção primária. Essas fragilidades sugerem uma fragmentação da atenção nos diferentes pontos da RAS. Destaca também a existência de alguns aspectos da Transição do Cuidado nas ações da rede de saúde, mas devido à articulação da RAS ainda ser insuficiente, geralmente ocasiona a fragmentação do cuidado.

Assim, identificamos a incipiência do tema nas produções nacionais e não existir uma base conceitual sobre a Transição do Cuidado na legislação da política de saúde brasileira. Surgem as primeiras motivações em compreender e analisar o assunto, considerando as particularidades do cenário brasileiro da política de saúde, as dimensões socioculturais, as especificidades das instituições de saúde e do perfil dos/as usuários/as.

A política de saúde brasileira é fruto de intensas transformações que ocorreram ao longo da história. Marcada por avanços significativos e reestruturantes apoiados no Movimento da Reforma Sanitária, que respaldou a reformulação da Constituição Federal (CF) de 1988, quando a saúde passa a ser reconhecida legalmente como direito de todos e dever do Estado. Desta forma, o SUS foi constituído com base nos princípios da democratização do acesso, universalidade dos direitos, participação popular, integralidade e equidade das ações (BORILINI, 2010).

Apesar dos avanços contidos no documento constitucional, a política de saúde enfrenta muitos desafios para a efetivação do SUS e garantia da saúde como um direito público e universal, diante da política de ajuste neoliberal, o texto legal se distancia da realidade, em um cenário de luta e enfrentamento faz com que a política de saúde seja disputa de projetos políticos divergentes que vivem em permanente tensão.

Por isso, superar os desafios postos e propor novas formas de atuação tornou-se um imperativo, sendo necessário avançar na construção de uma abordagem de cuidado que possa superar o cenário de intensa fragmentação, de trabalho isolado e

desarticulado, demonstrado por lacunas assistenciais, além da incoerência da oferta de serviços e necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012).

Diante deste contexto, somam-se às motivações a experiência profissional como assistente social em um contexto hospitalar. Este cotidiano de trabalho possibilita diversas aproximações com o tema, seja na intervenção profissional no processo saúde e adoecimento na vida dos usuários do SUS, como em eventos produzidos na área da saúde sobre a Transição do Cuidado. Leva-se em conta também a experiência como residente do Programa de Residência Multiprofissional da PUCRS, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, e a experiência na Política de Assistência Social, que possibilitaram aproximações com a realidade dos usuários nos seus domicílios e nos territórios onde vivem. Além de compreender como as expressões da Questão Social se materializam na vida desses sujeitos, expressa nas diferentes formas de violência, como fome, condições de moradia precária, sem acesso ao saneamento básico, condições precárias de trabalho e as dificuldades de acesso aos serviços, em especial os de saúde. Mas também apreendemos as estratégias de resistência diante dessa realidade.

Além disso, possibilitaram constatações sobre as lacunas existentes no trabalho interdisciplinar, na articulação entre os serviços de saúde e com as demais políticas sociais, que ocorrem de forma fragmentada e desarticulada, utilizando-se de ações e rotinas descontextualizadas da realidade dos usuários, que ocasiona fissuras nos processos de cuidado. Ao mesmo tempo, fortalecem a busca de conhecimento para a construção de novas possibilidades para qualificar a intervenção profissional que estejam em consonância à atenção integral em saúde e os demais princípios do SUS, que promova o acesso aos direitos sociais e contribua na transformação das práticas em saúde.

Assim, destacamos a exigência de intervenções profissionais nos serviços de saúde que sejam propostas de acordo com os objetivos da RAS de promoção e efetivação da atenção integral em saúde, de forma contínua com qualidade, responsável e humanizada, de modo a assegurar a integração e ações dos serviços de saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

O/a assistente social⁵ é reconhecido como um dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais no campo da saúde, nos diferentes níveis de atenção. O objetivo da sua intervenção na saúde está na compreensão da concepção ampliada de saúde, ou seja, identificando os aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença. O trabalho do/a assistente social ocorre a partir da formulação de estratégias em defesa dos direitos dos usuários, tanto individuais quanto coletivos, viabilizando o atendimento integral e o direito social à saúde. Assim, deve estar articulado aos princípios do Projeto da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social, os tendo como referência na busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão (BRAVO, MATOS, 2006).

Conforme Moraes (2013), o Serviço Social na área da saúde deve estar atento ao conhecimento da realidade e da reformulação de suas estratégias de ação, o que requer competência teórico-metodológica para a leitura da realidade, tendo em vista que o conhecimento produzido possa contribuir para formulação de estratégias que busquem reforçar ou criar experiências que efetivem o direito social à saúde.

O/a assistente social tem sua intervenção pautada em referencial teórico e postura crítica na perspectiva de direitos de cidadania. A análise da realidade e da conjuntura, descortina possibilidade de construção de estratégias para reforçar a população usuária na construção de novas possibilidades para acesso aos direitos sociais, em especial o direito a saúde. Essas constatações reforçam a importância de apropriação do que seja a Transição do Cuidado, a partir de particularidades da política de saúde brasileira, das especificidades dos usuários que acessam os serviços para contribuir na orientação dos caminhos a serem seguidos e na efetivação da integralidade à saúde, e que o Serviço Social construa a sua própria noção de Transição do Cuidado.

O título desta dissertação **“TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO PELO/PARA SERVIÇO SOCIAL”** é uma homenagem às assistentes sociais que participaram da produção deste estudo, pois,

⁵ Seguindo a orientação da resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 594, de 21 de janeiro de 2011, este estudo irá utilizar a linguagem de gênero, adotando forma feminina e masculina, ao referir aos profissionais de Serviço Social. Considerando que a supremacia da categoria das/os assistentes sociais representada nacionalmente é de mulheres. Além disso, ao adotar a linguagem de “ambos os gêneros” contribui com uma atitude de desconstrução do machismo na linguagem gramatical (CFESS,2011).

desde o momento da elaboração do projeto, foi almejado que esta produção fosse fruto de uma construção coletiva e que contemplasse a participação ativa das profissionais. As assistentes sociais materializaram a Transição do Cuidado através das vivências dos seus cotidianos de trabalho, frente às potencialidades e desafios presentes, a partir disso construíram a sua própria noção de Transição do Cuidado.

A dissertação busca responder o problema de pesquisa: **como vem se constituindo o trabalho do/a Assistente Social na Transição do Cuidado na saúde considerando a perspectiva da integralidade?** Através dos objetivos da pesquisa, **Objetivo Geral: analisar como vem se constituindo o trabalho dos/as assistentes sociais na Transição do Cuidado na saúde, a fim de contribuir na qualificação do exercício profissional da/o Assistente Social e na consolidação do princípio da integralidade no SUS** e, para melhor atender ao Objetivo geral, foram elaborados os Objetivos Específicos assim definidos: 1. Analisar a concepção da Transição do Cuidado na Política de Saúde e a sua relação com o princípio da integralidade; 2. Identificar os desafios e potencialidades da Transição do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde; 3. Conhecer como vem se constituindo o trabalho da/o Assistente Social na Transição do Cuidado na Política de saúde.

O presente estudo fundamenta-se no método materialista histórico-dialético. Conforme Frigotto (1991, p. 77), este método “constitui-se numa espécie de mediação no processo de apreender, revelar e expor a estruturação, o desenvolvimento e a estruturação dos fenômenos sociais”. Reiteramos que, para além de um método investigativo, está vinculado com a postura do investigador que, através de uma análise e apreensão crítica da realidade, a partir de uma perspectiva de totalidade e identificando suas contradições, busca a transformação do real.

O referencial metodológico deve estar intrínseco em todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, pois o método é a lente para o pesquisador investigar a realidade na busca de desvelar para além da aparência do objeto estudado. Segundo Gil (2008, p. 14), o método “fornece base para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc.”. Através do método, a pesquisa é direcionada para desvendar a realidade social, por meio de suas categorias que emanam do real, e com isso

aportam elementos que orientam os processos interventivos, que visam a transformação desta realidade social (PRATES, 2016).

É fundamental, no processo dialético de conhecimento da realidade, a crítica e o conhecimento crítico para uma prática que altere e transforme esta realidade. O método sustenta que o conhecimento se dá na e pela práxis, onde o ponto de partida enquanto esforço reflexivo de análise crítica é a atividade prática social dos sujeitos concretos (FRIGOTTO, 1991).

A partir da aproximação com o objeto de estudo pretendemos conhecer, a partir da sua totalidade e contradições, a compreensão da concepção da Transição do Cuidado na política de saúde e o trabalho da/o assistente social relacionadas ao contexto econômico, cultural, social, das políticas de saúde, dos processos de trabalho em saúde e das práticas de saúde enquanto práticas sociais.

Este estudo define-se por uma abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2010, p. 57) “propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”. Esta proposta está em consonância com os objetivos propostos do estudo para uma construção coletiva de um conceito de Transição do Cuidado pelo/para Serviço Social. Além disso, a autora se refere sobre a compreensão da pesquisa qualitativa: “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

Para qualificar o processo de investigação e desvendamento do objeto de estudo, e em consonância com os objetivos da pesquisa, utilizou-se do tipo de pesquisa documental sobre os documentos da política de saúde e os dados dos prontuários eletrônicos dos pacientes do hospital. A pesquisa documental utiliza-se de material que ainda não recebeu um tratamento analítico e que poderão ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa, por isso as fontes são diversificadas (GIL, 2002).

Para a coleta de dados, utilizou-se da técnica de triangulação. Conforme Triviños (1987, p. 138), “a técnica da triangulação de dados tem por objetivo abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo”. Trata-se da importância de conhecer o fenômeno a partir das suas raízes históricas, significados culturais e a vinculação com a macrorrealidade. Assim, destaca-se o

interesse dos estudos nos Processos e Produtos centrados no Sujeito, ou seja, as percepções dos sujeitos verbais, comportamentais e os processos e produtos construídos por ele. O segundo aspecto aborda os Elementos Produzidos pelo Meio, estes são documentos, instrumentos legais, entre outros, estudados através do método de análise de conteúdo. Por último, os Processos e Produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macroorganismo social que está inserido o sujeito, assim referindo-se aos modos de produção, às classes sociais e aos modos e relação de produção (TRIVIÑOS, 1987).

O cenário da pesquisa está delimitado a um Complexo de Unidades de Saúde localizado no município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul. A escolha deste locus considerou que esta instituição integra um complexo de serviços de saúde em todos os níveis de atenção do SUS. Além disso, a delimitação deste espaço é pela inserção profissional da pesquisadora e por ser um complexo hospitalar que possui diversos serviços da RAS e, na grande maioria dos serviços, ter assistentes sociais inseridos em suas equipes.

Para a definição da amostra, optamos pelas Unidades de Internação Clínica, Unidades de Saúde da Família e o Programa de Atendimento Domiciliar, pois representam significativamente a demanda encontrada em outras unidades da instituição, além de representar os serviços de saúde que contemplam as ações da Transição do Cuidado na Saúde. Estes estão em consonância com as pesquisas já abordadas sobre o tema, onde identificamos a relação com a alta hospitalar, cuidados no domicílio e a centralidade da atenção primária à saúde na coordenação do cuidado.

O universo de participantes totaliza 63 (sessenta e três) assistentes sociais inseridos neste complexo de saúde. Para delimitação dos participantes da pesquisa, foi utilizada a amostragem não probabilística, através da modalidade intencional. Conforme Gil (2008), no tipo de amostra intencional, os indivíduos são selecionados de acordo com as características que são relevantes para o pesquisador e participantes.

A amostra deste estudo é de 23 (vinte e três) assistentes sociais, conforme as indicações previstas nos critérios de inclusão para a participação: assistentes sociais que estão vinculadas ao Serviço Social da internação clínica adulta, unidades de saúde da família e programa de atendimento domiciliar. Como critérios de exclusão as assistentes sociais que atuam na UTI, sala de recuperação, unidade de psiquiatra

e serviços de saúde mental, emergência, ambulatório, consultório na rua e unidades materno-infantil visto as características destes espaços e especificidades dos processos de trabalho.

Na pesquisa documental, foram analisados documentos de agentes governamentais de acesso público do período de 2009 a 2019 e prontuários eletrônicos dos usuários que tiveram atendimentos pelo Serviço Social da Internação no ano de 2009. Sobre os documentos da política de saúde, justifica-se o período conforme as publicações científicas sobre o tema Transição do Cuidado. A coleta de dados da pesquisa documental referente aos documentos da Política de Saúde e legislação foi realizada através de roteiro de análise documental (APÊNDICE A) para identificação das concepções e ações relacionadas à compreensão da Transição do Cuidado em saúde. Os dados foram sistematizados em tabelas com as informações conforme o roteiro a fim de auxiliar na análise. Entre os documentos legais foram analisados os que encontramos com relação direta ao recorte deste estudo, são estes:

- Lei 8080 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;
- PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas;
- PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013 Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

- Caderno de Atenção Básica, n. 39 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p;
- Caderno de Atenção Básica, n. 27 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p;
- Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v. : il.

A outra técnica utilizada na pesquisa documental neste estudo para contribuir e qualificar o desenvolvimento da pesquisa e a investigação do objeto foi o levantamento das informações dos prontuários eletrônicos, através das consultorias⁶ encaminhadas/registradas ao/pelo Serviço Social no ano de 2019, sendo este o período do desenvolvimento da pesquisa, a fim de analisar quais as intervenções realizadas pelas Assistentes Sociais associadas à Transição do Cuidado (atendimentos realizados e solicitados ao Serviço Social) e o perfil dos usuários dos serviços de saúde (idade, sexo, diagnóstico e procedência). Utilizamos um roteiro (APÊNDICE D) para a obtenção de informações coletadas relacionadas ao perfil dos usuários e demandas do Serviço Social, devidamente autorizado pela instituição.

A opção dos prontuários eletrônicos dos/as usuários/as como fonte para pesquisa em um primeiro momento ocorreu a fim de compreender como a intervenção do Serviço Social tem sido construída no cotidiano de trabalho. A delimitação pelos prontuários da instituição hospitalar foi pelo motivo inicial da compreensão que o tema da Transição do Cuidado vem sendo disparado pelo âmbito hospitalar, somando que estes registros são realizados de forma eletrônica, em prontuário único dos usuários, contribuindo para a coleta de dados. Assim, em consonância com as indicações da

⁶ Consultorias caracterizam-se por solicitações demandadas em sistema informatizado de determinada instituição, vinculado ao prontuário único do usuário do serviço, por outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas entre outros), à determinado serviço ou especialidade para atendimento de casos específicos. Também são efetuadas por algumas categorias profissionais ou serviços (assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, entre outros) para registrar os atendimentos realizados aos usuários.

OMS ao referir a importância dos registros como ferramenta para favorecer a comunicação entre os profissionais envolvidos na Transição do Cuidado.

Os critérios dos prontuários foram as consultorias (registros dos atendimentos) realizados pelas assistentes sociais no ano de 2019, vinculadas às unidades de internação hospitalar; como critérios de inclusão, foram aqueles realizados pelas próprias assistentes sociais ou encaminhados pelas equipes; e como critério de exclusão foram as consultorias realizadas pelas assistentes sociais vinculadas ao serviço de emergência, psiquiatria, maternidade e ambulatório. Foram analisados 70 prontuários eletrônicos e neles foram revisados todos os atendimentos realizados pelo Serviço Social no ano de 2019.

Com o intuito de pesquisar como se expressa a participação da/o Assistente Social na Transição do Cuidado, escolhemos a técnica de coleta coletiva Metaplan, pois articula a reflexão e construção coletiva e com isso viabiliza ao grupo ampliar a consciência acerca de determinada realidade (PRATES, 2016).

Em virtude da pandemia por Coronavírus, decretada pela OMS em 11 de março de 2020, esta pesquisa necessitou da revisão metodológica da coleta de dados, visando a proteção dos participantes da pesquisa e da equipe de pesquisadores. Por isso, foram seguidas as orientações do Ministério da Saúde e OMS. As orientações na metodologia consideraram as recomendações dos documentos elaborados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Orientações para condução de pesquisas e atividade dos CEP durante a pandemia provocada pela doença do coronavírus 19 (COVID-19)⁷. Referente à coleta de dados, através da técnica de coleta coletiva Metaplan, foi revista a sua metodologia, respeitando as orientações sobre as medidas de prevenção da COVID-19 e a orientações do CONEP, para minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos participantes de pesquisas, pesquisadores e membros dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP).

O Metaplan caracteriza-se pelas técnicas de moderação e visualização móvel no trabalho com pequenos grupos. Cabe destacar que o Método Metaplan se constitui em uma técnica que compõe o Método Zoop⁸ de Planejamento Alemão, que embora

⁷ Disponível na página: <http://conselho.saude.gov.br/normativas-conep?view=default>. Acesso em: 19 jun. 2020.

⁸O Zielorientiert Projectplanung (ZOPP) ou método de Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos é uma técnica de planejamento de intervenção social, criada e desenvolvida pela Sociedade Alemã de Cooperação Técnica na década de 1980 para atender à necessidade de ações mais efetivas ligadas aos fatores mais próximos às causas dos problemas, identificados por meio da escuta

seja fundamentado em referencial sistêmico à técnica de coleta, pode ser utilizado em outra perspectiva, a partir do método utilizado que dará a direção do que pretendemos efetivar, mesmo sendo realizado de forma que favoreça a livre expressão, a reflexão e a construção coletiva (PRATES, 2016).

Sendo esta técnica incorporada por um grande número de instituições e profissionais que trabalham sobre o enfoque da participação. O Enfoque Participativo constitui-se nos princípios do diálogo ativo, problematização e condução compartilhada do processo, sendo desenvolvido, utilizando as técnicas Metaplan, entre outros instrumentos. O processo participativo visa a participação ativa dos sujeitos e implica em uma aprendizagem mútua (CORDIOLI, 2001).

O Método Metaplan é realizado através de uma reflexão conjunta sistematizada com o auxílio da visualização móvel. Ou seja, os registros são feitos em tarjetas de cartolinas, fixados em uma folha de papel pardo e são avaliados pelo grupo. O grupo no fim do processo selecionará as ideias que melhor representam a sua posição coletiva e estas serão afixadas na construção da síntese grupal. Além do registro imediato da sistematização, facilita a apreensão dos diversos elementos do grupo (PRATES, 2016).

O Metaplan utiliza-se de técnicas que contribuem para promover o envolvimento das pessoas, gerenciar os conflitos e a busca dos objetivos, são estas: a visualização constante de todo o trabalho produzido, o trabalho em grupo e o trabalho de moderação (ZEURI, 2002, p. 168).

O que reitera com a ideia de Cordioli (2001, p. 34) ao referir “o Metaplan é constituído pela aplicação harmoniosa de um conjunto de instrumentos com a finalidade de facilitar a comunicação entre indivíduos, em diferentes contextos”. O autor ressalva também a importância do moderador, como um componente metodológico, que necessita de um domínio metodológico do trabalho com equipes e postura compatíveis com processos participativos.

Assim, por não ser indicada a realização da coleta de dados presencial, optamos em realizar os grupos da modalidade on-line, através do uso de uma ferramenta para reunião virtual, mantendo o planejamento para a coleta de dados. A

cuidadosa das pessoas envolvidas e beneficiadas pelos projetos sociais, como gestores, grupos beneficiários e técnicos responsáveis pela implementação, para construção conjunta de decisões” (FAQUIM, BUIATTI E FRAZÃO, 2018, p.393).

proposta foi de dois encontros em turnos distintos, com o objetivo de produzir coletivamente em pequenos grupos correspondentes as questões geradoras, previamente construídas (APÊNDICE B). E um segundo encontro com os participantes dos dois grupos (manhã e tarde) para exposição e validação das produções elaboradas nos encontros anteriores e seleção das ideias que representam a síntese grupal sobre o tema.

Devido ao fato de os grupos terem ocorridos no formato on-line, optamos por não utilizar o recurso de visualização móvel nos primeiros encontros, conforme previsto no Metaplan, pensando na importância da interação e visualização das integrantes do grupo. Durante os encontros, procuramos conferir as informações com as participantes, assim retomamos o que elas haviam apresentado para avaliar a concordância de todo o grupo. Assim, para o segundo encontro, as falas foram sistematizadas, organizadas conforme as questões norteadoras e apresentadas em formato de tarjetas através do PowerPoint. No primeiro momento foi feita uma síntese pela mediadora das informações relacionados com aquela questão norteadora e as principais falas e após foi disponibilizado um espaço onde a mediadora foi preenchendo com as indicações do grupo considerando as que identificaram como mais importantes e/ou novas contribuições conforme as discussões que foram surgindo e finalmente a validação das informações.

Os convites foram realizados para as 23 (vinte e três) participantes através de contato telefônico e por e-mail, constando as informações referente a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C). O grupo realizado no turno da tarde contou com a participação de duas e o da manhã tiveram 5 (cinco) assistentes sociais. Durante a realização dos convites, duas participantes sinalizaram que não poderiam participar em razão de os encontros serem no mesmo horário das suas atividades de trabalho e por terem muita demanda de atendimentos, duas estavam afastadas em licença saúde e duas participantes confirmaram a presença, mas não compareceram nos encontros. No segundo encontro, foi realizado o convite para as 7 (sete) participantes, mas somente três (3) compareceram e uma justificou a ausência por estar afastada devido a questões de saúde.

Essa técnica possibilitou que as assistentes sociais abordassem a compreensão da Transição do Cuidado em saúde a partir das suas experiências profissionais e vivências nos espaços onde estão inseridas. Além disso, puderam

discutir e problematizar os desafios e potencialidades que encontram em seu cotidiano profissional para a efetivação da Transição do Cuidado. O encontro permitiu um espaço de reflexão sobre o trabalho das assistentes sociais na saúde, identificando elementos para a construção de novas estratégias de forma coletiva para consolidação da Transição do Cuidado.

As sucessivas leituras dos materiais e a escuta das assistentes sociais sobre seus processos de trabalho na saúde tiveram implicações no processo da construção deste estudo. A vivência desta pesquisa, como pesquisadora e assistente social trabalhadora da área da saúde, provocou diversos sentimentos na sua elaboração levando a reflexão além do espaço de trabalho e para isso uma mobilização interna para montar uma análise lúcida, compreendendo de fato que não há neutralidade na pesquisa e estamos implicados no processo de produção de conhecimento.

A análise e interpretação de dados é realizada utilizando a Técnica de Análise de Conteúdo, com base na obra de Bardin (1977). Destacam-se três etapas para a realização da análise, são elas: a pré-análise, a partir da exploração do material e o tratamento dos resultados e a interpretação. A autora resume a análise de conteúdo da seguinte forma:

Um conjunto de técnicas de análises de comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Após a coleta dos dados, iniciamos a etapa de organização do material coletado. Sobre a análise de documentos, os dados dos prontuários eletrônicos foram tabulados em quadros e tabelas e os documentos legais da política de saúde foram construídas tabelas a partir de dois elementos: concepção e ações semelhantes à Transição do Cuidado. A fim de orientar a análise, procuramos construir categorias mais gerais e sintetizar os principais pontos apresentados. Os dados do grupo foram transcritos e somados com os registros construídos pelo grupo. Todo material coletado foi registrado em planilhas e sistematizados em grades de análises.

As categorias teóricas do método dialético crítico que nortearam esse estudo são: historicidade, totalidade, contradição e mediação. Sendo estes elementos que auxiliam explicar um fenômeno, relação ou movimento da realidade, podem ao mesmo tempo orientar os processos interventivos (PRATES, 2016).

As categorias representam a própria dinâmica da sociedade em que estão inseridas, e assim norteiam como as pesquisadoras apropriam do objeto de pesquisa. Prates e Carraro (2017) referem que as categorias dialéticas são teórico-práticas, por serem analítico-interventivas, da ordem do real e do pensamento. Ao contextualizar a Transição do Cuidado na política de saúde brasileira, reconhecemos a historicidade, a partir do seu movimento e provisoriedade, com isso identificar as transformações e assim, segundo as autoras “a ele retornar para servir de bússola para que o sujeito que busca conhecer/intervir desvende como se processam esses movimentos” (2017, p.163)

O objeto do estudo deve ser aprendido na sua totalidade, pois, conforme Prates e Carraro (2017, p. 164), “ao reconhecermos a processualidade dos fenômenos, não mais podemos enxergá-los como estados petrificados, mas como algo em curso, em constituição, não são isolados; há, pois, uma conexão entre tudo o que se manifesta na realidade social”. A política de saúde, na sua materialidade histórica é fruto de múltiplos condicionantes, políticos, sociais, culturais, econômicos, e por isso deve ser capturada em seus múltiplos ângulos, inserida na crise do capitalismo e sanitária, e os impactos da reestruturação produtiva que afetam a vida e o trabalho da população, destacados neste estudo os/as assistentes sociais. Para esta apreensão, devemos nos atentar a Neto (2011, p. 56) fundamentado na obra de Marx,

a sociedade burguesa é uma totalidade concreta. Não é um "todo" constituído por "partes" funcionalmente integradas. Antes, é uma totalidade concreta inclusiva e macroscópica, de máxima complexidade, constituída por totalidades de menor complexidade. Nenhuma dessas totalidades é "simples" – o que as distingue é o seu grau de complexidade.

Assim, conforme Neto (2011, p. 57), a totalidade da sociedade burguesa é dinâmica, sendo que o “seu movimento resulta do caráter contraditório de todas as totalidades que compõem a totalidade inclusiva e macroscópica”. A partir das contradições, é registrada a sua contínua transformação, visto que a realidade se encontra em permanente movimento, pois é necessariamente tensa e contraditória.

Segundo Prates e Carraro (2017, p. 165/166), “contradição é destruidora e ao mesmo tempo inaugura o novo; é insuportável, porque é tensionada pelo conflito, na medida em que os opostos estão em disputa; quando se acirra, torna-se insuportável e por isso instiga a superação”. Desta forma, ao analisar os momentos que as

contradições se acirram, pode-se identificar os impactos para sujeitos ou grupos ao estimularem os processos de mudança e transformação da sociedade.

Desta forma, todos os elementos da totalidade precisam ser mediados e interconectados. Para isto, as mediações são fundamentos para apreender a totalidade como interconexão em movimento, ou seja, mais que a junção das partes isoladas. Assim, a categoria da mediação possui dupla dimensão de acordo com Pontes (200, p. 41):

ontológica porque está presente em qualquer realidade independente do conhecimento do sujeito; e reflexiva porque a razão, para ultrapassar o plano da imediaticidade (aparência) em busca da essência, necessita construir intelectualmente mediações para reconstruir o próprio movimento do objeto.

Assim, conforme já referido para as análises deste estudo, pretendeu-se conhecer apreender contexto contraditório da política de saúde inseridas em uma conjuntura econômico, cultural, social e as mediações dos processos de trabalho em saúde para conhecer o objeto e a construção de um conceito, mesmo que provisório diante do movimento da sociedade, partindo da realidade concreta do trabalho dos/as assistentes sociais.

Através da direção do método para o desenvolvimento da pesquisa foram, a priori, adotadas categorias teóricas também denominadas categorias explicativas da realidade, são estas: **Transição do Cuidado, Política de Saúde, Integralidade e Trabalho do/a Assistente Social**. De acordo com Prates (2016, p. 118),

as categorias não são tomadas de forma isolada, mas historicizadas e articuladas a outras, sejam do método ou explicativas da realidade, porque essa interconexão lhes altera o sentido original, razão pela qual a totalidade, não se reduz a uma mera junção dos fatos, mas se constitui em um todo articulado.

Quanto às categorias empíricas, são aquelas que emanam da realidade a partir das expressões construídas por atores sociais de uma determinada realidade. Por isso, devem ser adensadas teoricamente para auxiliarem no processo de análise dos dados (MINAYO, 2010; PRATES, 2016). As principais categorias que emergiram por meio da análise foram divididas em categorias intermediárias e categorias finais (Apêndice E), são estas: **Trabalho Coletivo em Saúde, Comunicação em Saúde e Formação em Saúde**, que serão analisadas no decorrer deste estudo.

A pesquisa atende os aspectos éticos e de socialização dos resultados. A Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde dispõe sobre normas e procedimentos metodológicos aplicáveis em pesquisas integrando seres humanos, pressuposto imprescindível para realização de pesquisa em ciências humanas. Dentre os procedimentos éticos previstos, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Sistema de Pesquisa da PUCRS (SIPESQ), após registrado na Plataforma Brasil e encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS e do CEP do Grupo Hospitalar Conceição. Após a avaliação e aprovação, foi registrado na Plataforma Brasil sob número CAAE: 29386720.5.3001.5530.

Destacamos que a devolução dos resultados aos participantes pesquisados para o Serviço Social é um dever ético e consta especificada em seu código de ética, e tem o sentido que esta devolução possa servir aos usuários para o fortalecimento dos seus interesses (CFESS, 2012).

Diante da responsabilidade e compromisso dos pesquisadores referentes à socialização das informações e do retorno e devolução dos dados do estudo aos sujeitos participantes, pretendemos apresentar em forma de seminário a todos os sujeitos da pesquisa, gestores e demais profissionais da instituição que ocorreu a pesquisa. Também utilizaremos os eventos da área do Serviço Social e da Saúde para apresentação dos dados e através da publicação em artigos. Além disso, os resultados constarão na dissertação e serão apresentados na banca de defesa.

Para responder aos objetivos propostos, utilizamos da metáfora da fertilização do conceito da Transição do Cuidado, para germinar ações numa perspectiva da atenção integral, pautada do direto à saúde e o seu conceito ampliado. Os atores envolvidos neste processo de germinação, assistentes sociais, usuários e profissionais da saúde, são os produtores para brotar e colher o cuidado integral em saúde.

Com isso, cabe-nos identificar que o conceito de cuidado em saúde apropriado neste estudo com base na fundamentação e contribuições da autora Roseni Pinheiro (2008, p.113) “o ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições (...)”. Essas ações são traduzidas no trabalho em saúde, mas não se limitando em procedimentos e técnicas, pois o cuidado

é a essência da integralidade, e seus sentidos e significados estão na compreensão da saúde como o “direito de ser”. Para a autora do “direito de ser” na saúde deve ser compreendido com o respeito das diferenças dos sujeitos, relações de etnia, gênero e raça, o reconhecimento das suas necessidades, o acesso às outras práticas terapêuticas e a garantia da autonomia dos usuários em participar ativamente dos processos de saúde.

Desta forma, a presente dissertação foi dividida em 4 capítulos: o segundo capítulo, **POLÍTICA DE SAÚDE: a transição do cuidado como estratégia para consolidação dos princípios da integralidade**, aborda a análise do contexto da política de saúde brasileira para a partir dessa leitura da realidade iniciar a construção de elementos para desmistificar o conceito da Transição do Cuidado na saúde. No primeiro item, consideramos as implicações do cenário atual que atravessam esta pesquisa, por isso apresentaremos a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus evidenciando as desigualdades sociais já existentes na sociedade, causando um pandemônio na saúde e ao mesmo tempo destacando as potencialidades do Sistema Único de Saúde. Destacamos que esta análise ocorre em tempo presente, até o momento permanecemos sem vacina que previna a contaminação do vírus, por isso este estudo apresenta algumas discussões iniciais sobre a pandemia, que está em constante transformação tanto pelo número crescente de mortes, quanto pelas pesquisas realizadas para a prevenção e pelas medidas adotadas pelo governo. O segundo item considera os rebatimentos do Projeto Neoliberal na Política de Saúde, que atacam diretamente a consolidação do SUS e o desmonte das políticas sociais. Por fim, contextualizando a política de saúde neste cenário de profundas transformações, fertilizaremos o conceito da Transição do Cuidado na saúde, a partir das produções teóricas do tema e dos dados analisados nos documentos legais. Com isso, identificamos a Rede de Atenção à Saúde como um terreno fértil para a construção das estratégias de Transição do Cuidado, mas para florescer ou ter frutos depende de vários fatores e ações, como adubar, regar, podar e do clima. Assim, compreendermos a importância do contexto que se desenvolve as ações com políticas que favoreçam os princípios do SUS, a formação em saúde, o reconhecimento das necessidades e centralidade dos usuários, ações profissionais comprometidas com atenção e cuidado integral, uma comunicação de qualidade e efetiva, entre outros. Diante da projeção de ações e estratégias voltadas para a Transição do Cuidado no

SUS, identificamos a integralidade como adubo para o fortalecimento das ações, mas também como os frutos a serem colhidos.

No terceiro capítulo, **REFLEXÕES SOBRE SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: construindo elementos para o debate sobre a Transição do Cuidado na saúde e as contribuições do/a assistente social**, são apresentadas inicialmente as trincheiras do cotidiano do trabalho dos/as assistentes sociais no enfrentamento da pandemia, assim associando tanto as formas de proteção no trabalho dos/as assistentes sociais inseridos nos serviços essenciais devem construir diante desse cenário, mas também as estratégias para o seu enfrentamento. O segundo item aborda as reflexões sobre o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde, identificando os limites postos pela estrutura da política de saúde, as balizas para a compreensão das particularidades do exercício profissional e as contribuições da profissão para a germinação do conceito da Transição do Cuidado na saúde. Neste processo de fertilização da construção do conceito pelo/para Serviço Social, apresentaremos no terceiro item as análises dos dados dos prontuários e, por fim, a produção das assistentes sociais a partir das categorias: trabalho coletivo, comunicação e formação em saúde.

O último capítulo, intitulado **TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE COMO O CAMINHO PARA O FORTALECIMENTO PARA O CUIDADO INTEGRAL** apresenta as considerações finais sobre o estudo

2 POLÍTICA DE SAÚDE: A TRANSIÇÃO DO CUIDADO COMO ESTRATÉGIA PARA CONSOLIDAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

O pandemônio na política de saúde provocado pela pandemia gera um caos nos serviços de saúde, devido à necessidade de um número grande de leitos e recursos para o atendimento das pessoas adoecidas, mas é agravado no Brasil pelas falácias do governo para enfrentar o vírus, como descaracterização da potência do vírus e as medidas adotadas em defesa da abertura do comércio, ressaltando o interesse pelo capital em detrimento da vida das pessoas. Mas também, este momento é marcado por um movimento contrário, de luta e resistência em defesa do SUS, ao reforçar a importância da política de saúde, por fazer a diferença entre a vida e a morte para milhões de pessoas.

A análise do contexto da política de saúde brasileira, a partir dessa leitura da realidade, indica a construção de elementos para o desvelamento da Transição do Cuidado na saúde. A fertilização do conceito da Transição do Cuidado na saúde, a partir das produções teóricas sobre o tema e dos dados analisados nos documentos legais, possibilitam identificar a Rede de Atenção à Saúde como um terreno fértil para a construção das estratégias de Transição do Cuidado, mas depende para florescer ou produzir frutos de vários fatores, como adubar, regar, podar e do clima. Assim, compreendermos a importância do contexto que se desenvolve as ações com políticas que favoreçam os princípios da saúde, a formação em saúde, o reconhecimento das necessidades e centralidade dos usuários, ações profissionais comprometidas com atenção e cuidado integral, a comunicação de qualidade e efetiva, entre outras. Diante da projeção de ações e estratégias voltadas para a Transição do Cuidado no SUS potencializam a integralidade como o adubo para o florescimento dessas ações, mas também como frutos a serem colhidos.

Sobre esse tema e suas nuances é que trata o capítulo que segue.

2.1 A pandemia por Coronavírus e o pandemônio na política de saúde: o trabalhador em/na saúde sob holofotes

O momento em que vivemos, permeado pela insegurança, medo e incertezas causados pela pandemia do novo coronavírus, intensifica a crise sanitária, econômica e a vida política do país. Conforme o Dicionário Aurélio, a palavra pandemia é classificada como substantivo feminino, de origem grega, vem de *pandemias*, *pam* “todo” + *demo* “povo”, e significa doença epidêmica amplamente difundida. Compreendemos, assim, que as autoridades sanitárias deveriam dar uma resposta ao enfrentamento do vírus para garantir a saúde da população, mas o que ocorre é um ambiente conflituoso entre a defesa do capital contrário à defesa da vida e saúde da população. O que nos inspira à relação da política de saúde com o neologismo da palavra “pandemônio”, criado pelo poeta inglês, John Milton, no seu clássico “O Paraíso Perdido”, para designar o palácio de Satã ou a capital imaginária do inferno. No Dicionário Aurélio, é caracterizado como um substantivo masculino, no inglês *pandemonium*, de origem grega significa *pan* “todo” + *daímon* “demônio”, e também tem como significado: tumulto, balbúrdia e confusão.

No momento da elaboração deste capítulo, dia 04 de junho de 2020, estamos vivendo uma crise sanitária que atinge o mundo todo: nossas vidas, nossa humanidade e que pode ser traduzida em números. O mundo computa, neste período, um número de 6.416.828 casos de pessoas contaminadas pelo novo vírus e 382.867 mortes. Esses dados, enquanto o leitor está acessando esta dissertação, não são mais os mesmos. Eles alteram a cada dia, cada minuto e, em relação ao dia anterior, são 129.281 novos casos de contaminação e 4.842 novas mortes. No Brasil, os dados são assustadores. Desde o primeiro caso confirmado, em 25 de fevereiro, já são 637.201 mil casos e 34.884 mil óbitos⁹. E ainda que o vírus chegou de forma tardia em relação a outros locais do mundo, por ser um país gigantesco e desigual, poderia ter adotado medidas precoces para o achatamento da curva e propagação do vírus seguindo como exemplo outras regiões, mas na disseminação o país já supera países como Itália e Reino Unido, e equipara-se aos Estados Unidos. Conforme a projeção

⁹ Os dados apresentados encontram-se no site da OPAS. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 Acesso em 04 jun. 2020.

de informática do instituto da UFRGS, através de uma plataforma estatística, o Brasil deve chegar a 1 milhão de casos nas próximas duas semanas e 50 mil mortes¹⁰.

Até a presente data, ainda não existe uma vacina que enfrente o novo vírus, a pandemia segue ceifando vidas dramaticamente. A incerteza e a imprevisibilidade dos próximos dias são assustadoras, gerando momentos de tensão, medo e expectativa em toda a população mundial, pela fragilidade das pessoas diante do risco de contaminação ao vírus. Influenciando no modo de vida da população, por ocasionar um quadro devastador nos países por onde passa, com o aumento acelerado de pessoas contaminadas e de mortos.

A OMS foi alertada, em dezembro de 2019, sobre os vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Após uma semana desse alerta, foi confirmado pelas autoridades chinesas um novo tipo de coronavírus, até então não identificado em seres humanos. Declarando um novo surto, que recebeu o nome de SARS-Cov-2, responsável pela doença COVID-19. Em 30 de janeiro de 2020, através do mais alto nível de alerta da organização, se constituiu na 6ª Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)¹¹, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão considera um risco de saúde pública global e, para interromper a propagação do vírus, requer uma resposta internacional coordenada e imediata, aprimorando a cooperação e a solidariedade global (OPAS, 2020).

Em 11 de março de 2020, a OMS caracteriza o surto da doença causada pelo novo coronavírus como uma pandemia, a partir dos impactos causados no mundo. A OPAS (2020) ressalta que a COVID-19 é considerada uma pandemia pela sua distribuição demográfica e não pela gravidade da doença. O Sars-Cov-2 é um vírus semelhante ao da gripe, que pode evoluir para uma infecção respiratória grave, transmitido por meio de gotículas do nariz ou boca que se espalham, e tem uma rápida propagação entre as pessoas. Por isso, para o seu enfrentamento são realizadas as orientações da OMS: quarentena, isolamento social, distanciamento entre as pessoas

¹⁰ Informação disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/02/brasil-projecao-ufrgs-coronavirus-casos.htm> Acesso em 04 jun. 2020.

¹¹ O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é um instrumento jurídico internacional vinculativo para 196 países em todo o mundo, que inclui todos os Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu objetivo é ajudar a comunidade internacional a prevenir e responder a graves riscos de saúde pública que têm o potencial de atravessar fronteiras e ameaçar pessoas em todo o mundo. (OPAS, 2020).

e o recurso de intensa higienização, especialmente das mãos. Diante dessa realidade, diversas cidades do mundo tiveram suas ruas esvaziadas, comércios e escolas fechados, com a orientação de que a população deveria ficar em casa para diminuir ou retardar a propagação do vírus e, com isso, criar estratégias para que os sistemas de saúde pudessem atender o máximo de pessoas contaminadas.

As consequências desse aumento simultâneo de casos severos e graves da infecção viral pelo Sars-Cov-2 afetam os serviços de saúde. A gravidade da situação diante da lotação dos serviços de emergência e urgência e atenção hospitalar ocasiona o seu colapso, o que já vem acontecendo em algumas regiões do Brasil como Manaus, Ceará, Pernambuco, Pará e Rio de Janeiro, informando uma ocupação superior a 90% dos seus leitos. Diante dessa realidade, ainda se encontram em tendência o crescente número de casos durante a próxima semana.

Devemos considerar que, no Brasil, o avanço do coronavírus teve um acelerado aumento nos casos tanto pela desigualdade social existente quanto pelos anos de destruição do SUS. O território brasileiro é constituído por regiões de alta densidade demográfica, de desigualdades sociais, onde milhares de pessoas vivem ou sobrevivem em moradias precárias e insalubres, sem saneamento básico, em territórios com a insuficiência de oferta de serviços públicos e, com isso, a dificuldade de acesso da população, que já apresentam condições de saúde desfavoráveis.

A crise presente deve ser analisada como uma crise do capitalismo, exponenciada pela pandemia. Desta forma, Mascaro (2020, p. 6) ressalta que

o flagelo do desemprego, as habitações precárias para suportar as quarentenas, as contaminações em transportes públicos lotados e a fragilidade do sistema de saúde, são, exata e necessariamente, condições históricas de um modo de produção específico, o capitalismo.

O SUS vem sendo desmontado historicamente, estando agora mais fragilizado, o vírus escancara a incapacidade do capitalismo em lidar com as demandas da sociedade. Assim, se manifestam de maneira gritante os impactos deste modelo de produção quando o vírus expõe de forma dilacerada o coração da política de saúde, pois atinge diretamente os princípios dos SUS, a universalização do acesso violada pelo aumento acirrado do número de pessoas doentes e contaminadas, a integralidade da atenção marcada pela desigualdade social do país e a equidade por falta de equipamentos, leitos e profissionais suficientes para atender as pessoas

conformes as necessidades de cada região, expressando o sucateamento dos serviços de saúde. Da mesma forma que a pandemia põe em xeque a saúde pública, evidencia que nunca se teve aporte de recursos suficientes e o subfinanciamento da saúde esbarra na concretização dos seus princípios, assim explícita a importância de uma saúde pública e universal para o enfrentamento da pandemia.

Destacamos que o subfinanciamento da saúde nunca foi enfrentado de forma consistente e se reedita a cada governo desde sua criação, sendo identificado como um dos maiores obstáculos para a efetivação do SUS e, com isso, dificulta sua sustentabilidade, resulta na incapacidade da oferta dos serviços à população, reforça problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração dos trabalhadores, entre outros. Apesar de previsto na instituição, os 30% do orçamento da Seguridade Social de 1988, a saúde nunca pode contar com a integralidade de tais recursos. Diversas alternativas foram construídas para contornar o subfinanciamento e viabilizar a sustentabilidade financeira do SUS, a exemplo da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF)¹², da EC-29/2000¹³ e do movimento *Saúde+10*¹⁴, mas não conseguiram de forma efetiva alterar a estrutura do financiamento e, ao longo do processo, foram sendo revistas e alteradas, não assegurando novos recursos para a garantia da saúde universal, de modo que o gasto público como porcentagem do

¹² A busca de solução para superação dessa crise no financiamento da saúde levou o governo a apresentar, como alternativa, a criação de um novo tributo: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Criada em 1996, pela Lei nº 9.311/1996, ela dizia que o produto da arrecadação deveria ser integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de ações e serviços de saúde. A CPMF, com vigência entre 1997 e 2007, quando sua prorrogação foi vetada pelo Congresso Nacional, sofreu prorrogações, aumentos de alíquotas e deixou de ter destinação exclusiva para a saúde, posteriormente compartilhada com a Previdência e com outros programas sociais (PIOLA; BARROS, 2016; REIS, 2013).

¹³ A Emenda Constitucional 29, aprovada no ano 2000 (EC 29), propiciou que estados e municípios participassem mais decididamente no financiamento do SUS, na medida em que estabeleceu valores mínimos de recursos a serem aplicados neste sistema pelas três esferas de governo. Estados e municípios teriam que destinar, no primeiro ano, pelo menos 7% dessas receitas para a saúde, aumentado anualmente até atingir, em 2004, 12%, no mínimo, para os estados, e, para os municípios, 15% no mínimo. Em relação à União, no primeiro ano, deveriam ser aplicados pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação do PIB nominal. A EC 29 não explicitou a origem dos recursos alocados pela União, sendo omissa em relação à seguridade social, e, portanto, não considerando a disputa por recursos entre seus ramos, explícita em 1993 (PIOLA; BARROS, 2016; MARQUES, 2017).

¹⁴ “Em 2013, o movimento *Saúde+10*, formado pelos Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), várias entidades da sociedade civil e diversos movimentos sociais e populares, apresentou o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) nº 321/2013, que reunia mais de 2,2 milhões de assinaturas auditadas em prol da alocação mínima de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento do SUS. Este projeto não foi aprovado pelo Congresso Nacional, mas o ideário desse projeto renasceu na PEC nº 01/2015”. (FUNCIA; MENDES, 2016, p.159).

Produto Interno Bruto (PIB) destinado à saúde continuou inferior à proporção do gasto privado (PAIM, 2018; REIS, 2013; MACHADO, 2019).

Conforme Marques (2017), um dos fatores para analisar o subfinanciamento se inscreve na relação simbiótica entre público/privado que fortalece a decisão de compra de serviços no setor privado e reforça a ideologia de privatização. Assim, o Estado reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desonerações e subregulação, contribuindo para a ideia de que os serviços de saúde prestados pelo setor privado são melhores do que os ofertados pelo público, e a renda da família é o único obstáculo ao acesso dos serviços privados.

Além disso, segundo REIS (2013, s/p):

o gasto público de saúde no Brasil se compara negativamente ao gasto público dos países que têm sistemas universais de saúde, e também está em grande desvantagem em relação ao gasto per capita e agregado de países de mesmo patamar de desenvolvimento e em relação à grande maioria dos países das Américas.

Marques (2017) destaca que outra razão ou hipótese explicativa decorrente do tipo de inserção dependente que o país tem na economia mundial, que fundamenta as restrições ou nos condicionamentos impostos ao orçamento estatal, particularmente do governo federal.

Conforme Paim (2018), com a aprovação da EC-95/2016, o subfinanciamento do SUS fica constitucionalizado, cristalizando as dificuldades acumuladas desde a sua concepção, impactando na saúde da população. Para Marques (2017), antes de tudo, a superação dessa lacuna requer mudanças no plano da aceitação do SUS junto à sociedade. Por isso, a importância da compreensão do subfinanciamento é essencial para a construção de uma saúde pública, integral e universal.

Retornando à pandemia, que lança holofotes ao SUS tanto pela sua potência, por ser um dos maiores sistemas de saúde do mundo e atender 80% da população brasileira, quanto pelas denúncias devido ao sucateamento da política e a precariedade dos serviços que permeia a discussão sobre o vírus.

Conforme Matos (2020b), impõe-se a compreensão de o SUS que temos hoje, para assim reconstruir o SUS. Considerando a história da política de saúde brasileira enquanto uma luta coletiva, regulamentada na legislação, como direito e política pública, que nos termos legais abrange a universalização ao acesso a toda a população e reconhece a concepção de saúde de forma ampliada, afirma a

determinação social do processo saúde-doença, onde as condições de vida e de trabalho determinam a saúde das populações em geral, incluindo o acesso aos bens e serviços.

Em um contexto de hegemonia neoliberal, responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública e sucateamento das políticas sociais, a saúde se converte em mercadoria, e a política social desenvolve-se na mesma lógica que o setor privado, o que traz consequências na qualidade dos serviços prestados e na vivência dos trabalhadores de saúde, tanto na relação de trabalho quanto na organização dos processos de trabalho (BARROS, BERNARDO, 2017).

A pandemia também evidencia o papel dos trabalhadores da saúde, ovacionados pela mídia e pela população, que organizaram diversas mobilizações homenageando os trabalhadores, que são a linha de frente no atendimento das pessoas doentes pelo coronavírus. Assim, recorreremos à música de Gilberto Gil e Ruy Guerra, *Sob Pressão* (2020), em homenagem aos trabalhadores da área da saúde para retratar os temores e desafios dos profissionais da saúde frente ao vírus que se espalha:

Falta de ar nos gemidos dos ais/ A febre, seus fantasmas, seus terrores/ Sem
pressa, passo a passo, mais e mais/ A besta avança pelos corredores/ O médico
caminha com cautela/ Estuda as artimanhas do inimigo/ A enfermeira brava vence
o medo/ Pouco lhe importa a extensão do perigo.

Conforme o Boletim CoVida (FIOCRUZ, 2020), produzido pela Fiocruz, são identificados no Brasil aproximadamente 3,5 milhões de trabalhadores localizados nos serviços de saúde, seja na rede de atenção primária, quanto especializada e hospitais, de serviços públicos e privados. Esses trabalhadores, envolvidos direta e indiretamente no enfrentamento da pandemia, estão expostos no seu cotidiano aos riscos do adoecimento pelo vírus e, por não se caracterizar um grupo homogêneo, determina diferentes formas de exposição, tanto ao risco de contaminação quanto aos fatores associados às condições de trabalho.

Os trabalhadores da saúde, chamados de *heróis e anjos* pela população, enfrentam nos seus cotidianos de trabalho a precariedade dos serviços de saúde, a falta dos equipamentos de proteção, aumentando o risco e a exposição e, em consequência, o aumento do número de trabalhadores da saúde contaminados e

mortos pelo vírus. Sendo assim, devemos também considerar o impacto na saúde mental e física dos trabalhadores da saúde diante da exposição ao vírus, expostos cotidianamente aos riscos de contaminação, submetidos a precárias condições de trabalho e estressados face à sobrecarga de trabalho e do sofrimento da morte dos pacientes e angústias de familiares. Diante disso, são criados e ofertados por departamentos de universidades, ONGs, serviços de saúde mental, entre outros, apoio aos profissionais de saúde, através de aconselhamentos por plataformas por telefone ou on-line (FIOCRUZ, 2020).

De acordo com o Boletim CoVida (FIOCRUZ, 2020), o uso do modo genérico da categoria “profissionais da saúde” não especifica a sua heterogeneidade, marcada pela ausência de uma visão crítica, não só relacionada à diversidade de categoria de profissionais na área da saúde, mas pelas diferenças e especificidades das condições de trabalho, em especial à hierarquização que marca as relações técnicas. Além disso, destaca a dificuldade de acesso às informações e dados de profissionais e trabalhadores de saúde contaminados no Brasil. O Boletim CoVida reforça que não é tratado nos estudos a questão da feminização da força de trabalho na saúde, e não foram encontrados estudos que tenham investigado o conjunto heterogêneo de trabalhadores envolvidos no combate à COVID-19. Ressaltamos que o enorme contingente de profissionais e trabalhadores da saúde inclui os trabalhadores dos serviços gerais, maqueiros, motoristas, auxiliares de nutrição e administrativos, entre outros, que também estão expostos ao risco de contaminação, não só da área hospitalar, mas inseridos em todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Diante da realidade do sistema de saúde brasileiro, uma das estratégias ao enfrentamento da pandemia é a implementação dos hospitais de campanha e, com isso, a necessidade da contratação de pessoal, que ocorre por vínculos precários, terceirizados, sem garantias trabalhistas, representando a exploração da força de trabalho. Conforme Bernardo e Barros (2017), a precarização abrange desde a organização do trabalho, com a intensificação do ritmo de trabalho e estímulo à competitividade entre os trabalhadores, os vínculos contratuais e a dimensão simbólica da valorização do trabalho, ou seja, o seu reconhecimento social.

Um impacto significativo da pandemia na vida social, afetiva e laboral está relacionado ao trabalho remoto ou home office como recomendação da OMS para controlar a contaminação pela COVID-19, em que impôs a um expressivo contingente

de trabalhadores formais o desenvolvimento das atividades no espaço doméstico em isolamento social e quarentena. As possibilidades de realizar as atividades laborais no espaço doméstico se expressa de forma diversa para os trabalhadores, sendo que alguns, seja pelo sustento da sua família ou pelas condições impostas pelo mercado, não têm condições de realizar o trabalho remotamente, o que acirra as desigualdades sociais geradas pelo capitalismo e potencializadas pela pandemia.

Na caracterização do território brasileiro e o perfil da população, identifica-se uma parcela da população que não tem acesso aos mínimos sociais para a sua sobrevivência, ou seja, nem mesmo acesso ao saneamento básico para seguir as recomendações de prevenção ao vírus, como a de lavar as mãos. Estamos falando das trabalhadoras domésticas, auxiliares de serviço geral, atendentes de supermercado, guardadores de automóveis, frentistas, ambulantes, porteiros, atendentes de farmácias, motoristas de aplicativos, entregadores, além de outras ocupações, e com isso destacamos que há uma parcela significativa da população expostas aos mais diversos tipos de vulnerabilidades¹⁵.

Os impactos econômicos, culturais, históricos e políticos não se estabelecem de forma igualitária para os diversos grupos sociais, sendo mais notável neste contexto de pandemia a situação vivenciada pelas mulheres com os maiores índices de desemprego, diminuição da renda e superexposição ao vírus, por ocuparem postos de trabalhos mais exposto à contaminação. No âmbito familiar, o aumento dos casos de violência doméstica. Além da sobrecarga no trabalho doméstico e de cuidado interrompido e pouco compartilhado.

Conforme as autoras Lima e Moraes (2020), a linha de frente do cuidado é na sua maioria composta por mulheres, sendo estas trabalhadoras da área da saúde e dos demais serviços considerados essenciais das políticas públicas, empregadas domésticas, vendedoras e atendentes, também responsáveis pela gestão e cuidados no espaço privado e no ambiente doméstico.

¹⁵ O conceito de vulnerabilidade discutido por Carmos e Guizzardi (2017, p. 9) através de análises nas produções teóricas sobre as políticas públicas de saúde e assistência social identificam as “evidenciam a conformação de um conceito em processo, mas, sobretudo, indicam a multiplicidade de fatores que determinam o fenômeno. O olhar para a integralidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade nada mais faz do que se alinhar à constatação de que estes sujeitos possuem demandas e necessidades de diversas ordens, possuem capacidades e se encontram em um estado de suscetibilidade a um risco devido à vivência em contextos de desigualdade e injustiça social. Assim, justiça e equidade na distribuição de riquezas, poder decisório e na estrutura de oportunidades são o horizonte para se romper com a ordem capitalista e buscar uma nova ordem societária, livre de discriminações e subalternizações.”

Assim, no contexto da pandemia, conforme Abreu, Marques e Diniz (2020), a particularização da desigual divisão sexual do trabalho entre homens e mulheres, reproduz um padrão desigual de comportamento e aceitação de gênero. Assim, evidencia o lugar que as mulheres ocupam no interior da divisão do trabalho e ressaltam que a gestão dos cuidados, ainda que historicamente venha se tentando rompê-la, estão atribuídas às mulheres. Com isso, compreendemos, portanto, que o trabalho doméstico extrapola a dimensão de uma atividade doméstica, se configurando em uma forma de exploração de milhões de mulheres na sociedade capitalista.

As evidências dos impactos da pandemia na vida e nas relações de trabalho da classe trabalhadora são resultado de um processo histórico de transformações do trabalho, intensificado pelo ideário neoliberal, e atinge os direitos sociais historicamente conquistados e as políticas sociais. Conforme Antunes (2018), ao afirmar-se o neoliberalismo no Brasil na década de 1990, houve a intensificação do processo de reestruturação produtiva do capital, com consequências na flexibilização, na informalidade e na precarização das condições de trabalho e de vida da classe trabalhadora brasileira.

Conforme a alta comissária da ONU para os direitos humanos, Michelle Bachellet, as disparidades crescentes da pandemia expuseram as desigualdades alarmantes em nossa sociedade e, com isso, causa um grande impacto desproporcional nas minorias¹⁶ raciais e étnicas, considerando condições de modo de vida e trabalho que os deixam mais expostos e vulneráveis. Assim, identifica a necessidade dos governos de reconhecer as flagrantes desigualdades que o vírus está trazendo à tona, e os esforços para o seu combate e início do processo de recuperação só serão bem-sucedidos se os direitos de todos à vida e à saúde estiverem protegidos, sem discriminação¹⁷.

¹⁶ O termo foi utilizado na declaração da alta comissária da ONU para os direitos humanos, Michelle Bachellet. Recorremos ao seu conceito para melhor contextualização neste estudo: “As chamadas minorias não são dadas, mas constituídas como tal em determinado contexto e a partir de uma situação relacional de construção de identidade. A construção da identidade, que é relacional, é resultado do encontro dinâmico entre o eu e o outro, em que são estabelecidos os critérios de qual identidade prevalecerá em determinado contexto. Assim, não se é minoria necessariamente, mas se está minoria em dada relação contextual.” (MIZUTANI, 2012, p.6).

¹⁷ Disponível no site da ONU: <https://nacoesunidas.org/onu-alerta-para-impacto-desproporcional-da-covid-19-sobre-minorias-raciais-e-etnicas/>
<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/49105> Acesso em: 04 jun. 2020.

A política de saúde brasileira vem historicamente sendo afetada pelas medidas adotadas a partir da crise econômica e restauração do neoliberalismo, marcada pela financeirização da saúde, privatização, ajuste fiscal, em um processo de desmonte do SUS. Esses traços de sucateamento da política, mais nítido nesta conjuntura, são consequências de ações governamentais de desfinanciamento e manutenção das parcerias públicas-privadas, reforçadas no governo de Michel Temer na Emenda Constitucional (EC) número 95/2016, que congelou por vinte anos os investimentos em saúde e educação, que tem continuidade no governo de Jair Bolsonaro.

No Brasil, o atual presidente da república, Jair Messias Bolsonaro, em sua política de retrocesso de direitos, de ataques aos movimentos sociais e segmentos mais vulneráveis, através de uma agenda cada vez mais neoliberal e um discurso conservador, favorece o agravamento da situação da pandemia pela desqualificação do potencial do vírus nas medidas tomadas. Os pronunciamentos oficiais do Presidente são destaques na mídia do país e internacionalmente por caracterizar o vírus como uma “gripezinha”, reforçar a flexibilização do isolamento social e de defender o isolamento vertical, onde somente as pessoas consideradas inicialmente como grupo de risco, idosos ou pessoas com doenças preexistentes, deveriam se manter isoladas. Além de responder sobre o aumento dos números de casos no Brasil da seguinte forma: “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre”.

Neste cenário de conflito do capital e trabalho exposto ao escárnio, a pandemia reforça a banalização da vida e da morte e, assim, de vidas descartáveis. Evidencia-se de forma nítida e concreta o processo de criminalização da Questão Social que atinge as classes subalternas, materializada conforme Iamamoto (2001, p. 17) em que “expressa, portanto, as disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal”. Assim, as “classes perigosas” estão sujeitas a extinção e repressão, estas vidas matáveis, não são objeto de ações sistematizadas do Estado, mas sim de propostas articuladas de assistência focalizada em programas e projetos das políticas sociais e repressão.

Até este momento, 22 de julho, o governo segue empreendendo esforços para estabelecer uma falsa normalidade em nome do lucro, negando a ciência e

banalizando a morte de milhares de pessoas com o discurso de salvar a economia. Assim, adota medidas de flexibilização, vetou trechos da Lei 14.019, de 2020, que trata do uso obrigatório de máscaras em espaços públicos, e do PL 1142, que define medidas de proteção a povos indígenas durante a pandemia e adota a Medida Provisória 966, de 13/05/20, que dispõe sobre a não responsabilização de agentes públicos por ação e omissão em atos relacionados com a pandemia da COVID-19, inclusive sobre seus efeitos sociais e econômicos (ABRASCO, 2020).

A realidade brasileira, expressa uma perversa desigualdade materializada em um número significativo de profissionais autônomos, informais e desempregados, sendo proposto pelo governo federal o programa de renda mínima emergencial, com a proposta inicial no valor de R\$ 200,00. As tensões no Congresso conseguiram aprová-la no valor de R\$ 600,00, pela Lei nº 13.982, apenas no dia 02 de abril de 2020. Foram identificadas inúmeras dificuldades que burocratizam e retardam o acesso da população aos benefícios. Sampaio et al. (2020) apontam que uma das barreiras do acesso ao benefício está relacionada a uma esfera do capitalismo que é o consumo, como a necessidade do uso de um aplicativo, e com isso a pessoa deveria ter um aparelho celular modelo smartphone, chip ativo, acesso à internet. Além disso, deveria conseguir manejá-lo para sua inscrição e acompanhamento, o que remete que os governantes desconhecem a realidade da população que, na sua maioria, tem baixa escolarização e possui acesso limitado à Internet, que não é garantido pelo Estado. Assim, afirmam “o reconhecimento do direito é dado pela ‘capacidade’ de consumo, visto que ser consumidor é o primeiro critério para se colocar como ‘cidadão’” (Sampaio et al.; 2020, p. 6). Desta forma, o governo além de responsabilizar a população pelo aumento do desemprego e falência de empresas, a deixa desamparada no ponto de vista material neste período de quarentena.

Diante de uma parcela da população que não conseguiu acessar o benefício, por falta de CPF, dos recursos materiais para acessá-lo, ou até mesmo de inconsistências do sistema, ocorreram situações referente ao acesso equivocado deste auxílio emergencial por número significativo da população que não atendia aos critérios, mas solicitou o auxílio na mesma lógica que reproduz do governo, reproduzindo o descaso com o que é público e com as desigualdades. Conforme a

matéria¹⁸ das denúncias, ao serem descobertos reproduzem discursos semelhantes ao do presidente quando questionado das suas falas de violência e discriminação, “fiz para brincar”, “eu irei devolver”.

Ao compreender como reprodução das declarações do presidente, sem crítica à realidade e os impactos que gera na vida das pessoas, e sem nenhum sentimento de arrependimento, reiteramos Keller (2019) ao abordar as declarações de cunho conservador do presidente e a reprodução por uma parte da sociedade das formas de discriminação e que, por estarem impregnadas nas raízes do senso comum brasileiro, são facilmente incorporadas e naturalizadas. Assim, destaca-se que a representatividade conservadora no cenário político, através de aspectos já estavam presentes no cotidiano da realidade brasileira, se intensificam neste momento histórico, e em grande parte se deve à pontualidade das respostas dadas pela governabilidade neodesenvolvimentista¹⁹ às questões estruturais, sem fundamentações nas bases econômicas, culturais e sociais que convergem para a manutenção da sociabilidade capitalista.

Em 16 de maio, o Ministério da Saúde é assumido por um ministro interino, Eduardo Pazuello, militar de carreira, sem histórico na área da saúde, ocupando mais de 10 cargos com oficiais de carreira e reserva militar. Frente à pandemia, ocorre a militarização do Ministério da Saúde, após a exoneração de dois Ministros da Saúde, com formação em medicina, que prezavam a ciência e, apesar de em outros momentos atacarem o SUS, salientaram a sua importância neste momento, tiveram divergências no enfrentamento da pandemia COVID-19 com as respostas atrasadas e atrapalhadas do Presidente da República, além do interesse demasiado por medicamentos sem a eficácia comprovada, ou ainda com a contraindicação como profilaxia afirmada em pareceres de cientista. Reafirmando que a economia é mais

¹⁸ Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/06/28/relatorio-do-tcu-mostra-que-620-mil-pessoas-receberam-auxilio-emergencial-sem-ter-direito.ghtml> Acesso em: 22 jul. 2020.

¹⁹ Utilizamos, para compreender o período histórico neodesenvolvimentista a produção de Keller (2019, p. 18): “Os treze anos de governos petistas, aqui denominado neodesenvolvimentismo, representaram uma das mais emblemáticas contradições do Brasil recente: por um lado, tem-se a continuidade e aprofundamento de elementos próprios da política neoliberal vigente desde a década de 1990 e, por outro, respondeu-se, até certo ponto, às necessidades imediatas das classes subalternas. As possibilidades de acesso popular ao consumo foram alavancadas por estratégias de gestão das políticas sociais, focalizadas na parcela mais pauperizada da população, fazendo com que a aparente sensibilidade expressa, nas pontuais ações voltadas aos segmentos mais miseráveis, permitisse a impressão de que seria possível combinar acumulação capitalista com maior equidade social”.

importante que a vida, o governo tem apoio de empresários, explicitando a atrocidade do mercado e do capital sobre as vidas. Conforme Brettas (2020, p. 11),

este dilema, transformado em um cabo de guerra pelo governo federal, ajuda a desvelar o que a alienação obscurece: no modo de produção capitalista, a produção da riqueza gera incompatibilidades com a garantia de qualidade de vida à grande maioria da população.

As divergências do presidente sobre as medidas emergenciais adotadas pelos Governadores e Prefeitos estão cada vez mais acirradas, mesmo com as justificativas e os dados da lotação das ocupações dos leitos das UTI dos Estados e Municípios, agravando a situação em diversos Estados, e exigindo dos seus gestores medidas mais efetivas e descoladas do Ministério da Saúde, fomentando ainda mais a divisão de uma sociedade e da gestão da política pública em momento de pandemia quando os esforços deveriam ser somados.

O presidente da república, discordando dos dados, em uma live realizada no dia 11 de junho, incentiva a população à invasão dos hospitais de campanha para checar a ocupação de leitos, se realmente estão compatíveis com as informações de lotação, e se os gastos estão compatíveis com as estruturas montadas²⁰. Após a fala do presidente, foram registrados casos no Rio de Janeiro e Espírito Santo. Assim, mais uma vez, o Presidente da República subestima a potência do vírus, o número de pessoas mortas, expõe os profissionais da saúde, não pensa na proteção destas equipes e não cita os riscos de acessar áreas restritas de isolamentos dos locais de saúde. Em um retrato dramático da polaridade em que se encontra o país, a mídia mostra que, da mesma forma que os trabalhadores da saúde são valorizados pela população, eles são agredidos, perseguidos e ameaçados por uma parcela que, identificada com a postura do presidente, minimiza a pandemia. Ainda na direção de minimizar os impactos da pandemia, o Ministério da Saúde limita o registro oficial dos casos, socializando apenas os ocorridos durante o dia e destacando o número de recuperados, informando apenas parte da realidade, o que obscurece a transparência dos dados e o conhecimento do número total de mortes e contaminados.

²⁰ Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/06/12/As-invas%C3%B5es-de-hospitais-agora-incentivadas-pelo-presidente> Acesso em: 22 jul. 2020.

Após o clamor popular e a manifestação de críticas, o Supremo Tribunal Federal apontou como crime as invasões aos hospitais, e ordenou o MS a divulgar integralmente os dados²¹.

A análise para a solução do governo diante da crise é citada por Mascaro (2020, p. 11) “é de investir na crise como reação à crise”. Essa reação é desenvolvida por movimentos múltiplos à qual o autor refere inicialmente do negacionismo do governo, após, como estratégia política, eles se opõem à própria realidade que governam, com intuito de se desresponsabilizar e diminuir a culpa política, amparados nos discursos de seus apoiadores de extrema-direita e pensamentos anticientíficos. Por fim, setores sociais e frações de classe são vencidos por outros, que recebem o apoio do governo como os bancos e setores financeiros.

Diante desse quadro de negação e culpabilização dos sujeitos, marcado com o aumento diário de vidas perdidas, reforçamos, conforme Behring (2020, s/p), que nada disso é natural: “a naturalização é mais um mito a ser posto a nu: a proliferação do vírus e a suposta ausência de planejamento e recursos tem a marca da decadência do capitalismo e seus arautos, que atacam o meio ambiente e a vida das majorias”.

Em concordância com Marx (2013, p. 432), “o capital não tem, por isso, a mínima consideração pela saúde e duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração”. Desta forma, destacamos a importância deste momento para o despertar da consciência sanitária da população, e identificar no SUS o melhor instrumento para proteger a vida das pessoas.

Os efeitos dos problemas decorrentes do subfinanciamento da saúde e congelamento de gastos no setor produzem impactos nos serviços de saúde, pela sua deterioração e precarização da força de trabalho. Assim, nestas condições reais e diante de uma pandemia, os serviços de saúde foram reestruturados estabelecendo prioridades de atendimentos e, conforme o perfil de cada serviço, estes foram transformados para atender às demandas decorrentes da COVID-19, o que também impacta na vida da população o acesso aos serviços devido às rotinas alteradas, mesmo cientes que sejam medidas de prevenção.

Centrando a discussão no que interessa mais especificamente nesta dissertação, afirmamos que esta nova organização implica diretamente na estratégia

²¹ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/06/14/gilmar-mendes-stf-invasao-de-hospital-e-crime-bolsonaro.htm> Acesso em: 22 jul. 2020.

da Transição do Cuidado na saúde, na medida em que os atendimentos presenciais de situações novas e as visitas domiciliares foram inicialmente suspensos pelos serviços ambulatoriais e unidades de saúde, sendo realizado o acompanhamento dos doentes crônicos. Foram repensadas novas modalidades de atendimento para garantia de acesso para a continuidade do acompanhamento da população usuária. Nos hospitais, foram tomadas medidas para prevenção, as lacunas da articulação da rede tornaram evidentes e reforçadas pela dificuldade da população em acessar os seus direitos.

Diante de um contexto de anormalidades, evidencia-se a importância de propor estratégias que garantam a articulação entre os serviços e profissionais, fortalecendo a organização do SUS com ações centradas nas necessidades dos usuários. Nessa realidade de desigualdade social, que potencializa os riscos de contaminação da população de baixa renda, que vive e trabalha em condições precárias, que precisa acessar direitos para a manutenção de sua sobrevivência, estão inseridos os/as assistentes sociais. São profissionais que atuam nos diversos serviços de saúde e na rede socioassistencial, de forma direta ou indiretamente no enfrentamento da pandemia, que faz aflorar a lógica assistencial e emergencial de respostas às demandas, e têm como desafio decifrar as manifestações da Questão Social, e precisam ressignificar o trabalho profissional iluminado pelos princípios do Projeto Ético Político do Serviço Social.

Ressaltamos que os efeitos do vírus não são democráticos e desnudaram as desigualdades sociais geradas pelo ideário neoliberal, impondo a compreensão do pandemônio da pandemia na política de saúde, contemplando também os movimentos de luta, resistência e retrocessos da política de saúde brasileira, que nos deixa tão temerosos diante dessa realidade que se agrava em tempo real.

2.2 A política de saúde brasileira e os rebatimentos do neoliberalismo: “há doenças piores que as doenças”

Ao analisar as implicações da pandemia, observamos que ela dramaticamente põe em evidência as desigualdades sociais vivenciadas pela população, expondo a riscos e até a morte centenas de pessoas. Também revela, ao mesmo tempo, a

potência e a fragilidade do SUS para o seu enfrentamento, assim recorremos ao poeta Fernando Pessoa (1935), *“há doenças piores que as doenças”*, ao identificar as mazelas que a pandemia tornou mais visível neste momento, consequências das deteriorações do ideário neoliberal nas políticas públicas e na vida da população. Por isso a importância de compreender a construção histórica da política de saúde, através de seu processo de luta e resistência, e os rebatimentos do neoliberalismo.

A política de saúde brasileira é fruto de intensas transformações que ocorreram ao longo da história. Até o advento do SUS, o acesso à saúde estava vinculado ao modelo médico assistencial previdenciário. A partir dos movimentos populares da década de 70, advindos da ditadura militar, difunde-se o Movimento da Reforma Sanitária, apoiado no processo de luta contra a ditadura e democratização da sociedade. Nesse período, a saúde é marcada por avanços significativos e reestruturantes, apoiados no Movimento da Reforma Sanitária, que teve seu marco em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com a participação social e de atores estratégicos. Conforme Fleury (2009, p. 744), *“a construção de um projeto de Reforma Sanitária foi parte de luta de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social”*.

O Movimento da Reforma Sanitária visava a ampliação do direito à cidadania e práticas democráticas em saúde. Por meio deste movimento, é respaldada a reformulação da CF de 1988, quando a saúde passa a ser reconhecida legalmente como direito de todos e dever do Estado. O conceito de saúde é revisado e passa a ter uma maior complexidade, reconhecendo as necessidades de saúde para além da doença e identificando seus determinantes e condicionantes. Alterando a organização da saúde no país, surge a criação de um sistema público de saúde. Assim, o Sistema Único de Saúde é consolidado, apresentando como princípios ideológicos a universalização, a integralidade e a equidade, e mecanismos democráticos de participação e inovadores de gestão, como as Conferências e Conselhos de Saúde. Conforme Matos (2009) destaca, a concepção de saúde como o marco inicial e a sua associação com o acesso a um conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade, produzidos pela coletividade, mas apropriado privadamente. Assumindo a intrínseca relação da saúde com a política, assim é publicizado o direito de todos à saúde e

reforça o entendimento ao acesso ao Sistema Único de Saúde como direito universal, não contributivo, onde o sujeito deve ser visto na sua integralidade.

O processo da Reforma Sanitária que se deu com a implementação do SUS foi heterogênea, em decorrência do desenvolvimento do sistema neoliberal que se fortaleceu nos anos 1990. Campos (2006) afirma que a Reforma Sanitária brasileira pode ser considerada tardia em relação ao resto do mundo, pois já havia um declínio das concepções socialistas e se falava e praticava o neo-reformismo liberal, através da focalização dos programas sociais, transferindo ao setor privado ou organizações não-governamentais a responsabilidade pelo atendimento à população, reafirmando o papel do Estado de regular o mercado e prestar serviços estratégicos. O reformismo brasileiro, no campo da saúde, buscava um sistema público de saúde com abrangência universal, aumento de serviços públicos e integralidade da atenção.

Os ideais neoliberais, assumidos pelo Estado a partir da década de 1990 através de uma política de ajuste com base nas orientações do Banco Mundial, afetaram a política de saúde no Brasil. O Projeto da Reforma Sanitária começa a ser questionado e tem o avanço do Projeto de Saúde Privatista, com o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, a ampliação da privatização e o estímulo ao seguro privado. Os avanços do texto constitucional foram atacados por parte do capital, ocorrendo um redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal. Vivencia-se um processo de desmonte do aparelho estatal, suas ações passam a ser restritas, subordinadas à lógica do capital, suprimindo os direitos sociais e expandindo os espaços do mercado (BRAVO, 2011; 2006).

Bravo (2011; 2006) destaca que o contexto de ascensão do neoliberalismo na Europa e nos EUA, com a proposta de restrição da ação do Estado na regulação da vida social através de reformas no plano político, econômico e social, repercutia no Brasil reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia, de ajuste estrutural e adoção de reformas institucionais orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado. Diante disso, o SUS encontraria o seu estrutural cenário de crise.

Neste contexto, o mercado privado consegue garantir sua participação na saúde de forma complementar, preferencialmente com entidades filantrópicas. Apesar do direito à saúde ser garantido constitucionalmente, surge como forma de opção em

meio à precarização dos serviços de saúde, com uma falsa ideologia de que o mercado privado possui melhor qualidade. Diante disso, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, o que possibilita a consolidação dos planos de saúde privados, o que faz a população buscar esta alternativa quando não tem o seu direito à saúde assegurado (BISCO; SARRETA, 2018).

Desta forma, Menicucci (2006) afirma o fato de não existir um sistema único de saúde, mas sim um sistema dual, tanto na relação ao acesso, financiamento, produção de serviços de saúde e atuação governamental.

O primeiro deles é o público-estatal, no qual o acesso é universal, gratuito e igualitário, a partir de uma concepção de direito à saúde consagrada constitucionalmente. O outro é segmento privado, no qual o acesso se dá a partir do poder de compra ou da inserção privilegiada no mercado de trabalho, caso em que o acesso à assistência é intermediado e financiado, total ou parcialmente, pelo empregador (MENICUCCI, 2006, p. 60).

Devemos considerar que os processos de privatização e de retrocessos na política de saúde, inseridos no quadro social, econômico e político, estão sintonizados e se concretizam com as mediações relacionadas às condições de inserção do Brasil no cenário político-econômico mundial e ao seu particular desenvolvimento histórico (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Neste momento, entende-se como necessário compreender o conceito de política social, para não cair na armadilha do entendimento em uma única perspectiva. Segundo Pereira (2008), o social e a política não são neutros, existem valores, ideologias e perspectivas teóricas competitivas, por isso a necessidade de sinalizar a perspectiva teórica que subsidiará a análise de política social. A autora refere que política social é um conceito complexo e jamais pode ser compreendido como um processo linear, a serviço desta ou daquela classe. É produto da relação dialeticamente contraditória entre estrutura e história, portanto de relações antagônicas e recíprocas, positivas ou negativas, que regem os direitos de cidadania. A política social “tem se mostrado simultaneamente positiva e negativa e beneficiando interesses contrários de acordo com a correlação e forma que prevalece” (PEREIRA, 2008, p. 166).

Behring (2006) aponta que as políticas sociais estão no centro do embate econômico e político, e que seus limites e possibilidades são definidos pelos ciclos econômicos, que não ocorrem através de um movimento natural da economia, e sim

pela interação de um conjunto de decisões ético, políticas e econômicas. Conforme a autora,

o significado da política social não pode ser apanhado nem exclusivamente pela sua inserção objetiva no mundo do capital nem apenas pela luta de interesses dos sujeitos que se movem na definição de tal ou qual política, mas, historicamente, na relação desses processos na totalidade. (BEHRING, 2006, p. 24).

Pereira (2008) ressalta que o desenvolvimento econômico adotado no Brasil em seu processo de industrialização produziu desigualdades sociais sentidas até hoje, o que gerou deficiências estruturais acumuladas nas áreas da saúde, educação, previdência, assistência social, seguro-desemprego, qualificação do trabalhador desempregado, entre outras. Mesmo depois da promulgação da Constituição Cidadã, de 1988, as políticas sociais têm se comportado de modo ambíguo, disputadas por movimentos contrários: de lutas pela redemocratização do país e de um caminho para o desmonte. Com isso, constata-se que as políticas sociais atendem tanto às necessidades do capital quanto do trabalho, sendo um terreno importante da luta de classes diante da ofensiva do capitalismo em relação ao corte de fundo público.

O contexto da crise econômica no Brasil criou possibilidades para que a política de ajuste neoliberal fosse a solução para o avanço econômico do país. A redução de gastos com a área social, direcionando as políticas sociais para a focalização, seletividade e descentralização, e processo de privatização de estatais como consequência para o pagamento da dívida externa e visando a estabilidade econômica (BOLIRINI, 2010).

As “reformas” de Estado foram instituídas no Brasil desde o governo Collor de Mello, tendo como principal responsável o ministro da Administração e Reforma do Estado (extinto MARE), Luiz Carlos Bresser-Pereira, apresentaram a necessidade de “reformatar” o Estado e torná-lo um Estado Social-Liberal. As principais propostas das “reformas” de ajuste fiscal são a preconização de uma combinação entre políticas econômicas voltadas para o crescimento econômico e de políticas sociais eficazes, para a produção da equidade e do desenvolvimento humano (CASTILHOS, LEMOS, GOMES, 2017).

Behring (2008) refere que a base das políticas eram as contenções de gastos do governo em todas as áreas, com exceção do pagamento da dívida pública. As consequências são o sucateamento do setor público; a falência das políticas sociais

universais implementadas pelo Estado Pós-Constituição Brasileira de 1988. A autora refere “que se trata de uma contrarreforma conservadora e regressiva, diferente do que postulam os que projetam entre as paredes dos gabinetes tecnocráticos e inspirados nas orientações das agências multilaterais” (BEHRING, 2008, p. 171).

Conforme reitera Bravo e Matos (2012), a proposta de “reforma” do Estado caracteriza-se como uma estratégia de contrarreforma, tratando a crise como se fosse apenas crise do Estado e não uma crise econômica. Essas medidas não são realizadas de formas aleatórias, são identificadas como ações aos governos brasileiros prescritas pelos documentos do Banco Mundial ao Brasil, que acarretam a destituição dos direitos da classe trabalhadora. A “reforma” do Estado foi uma intenção de desenvolvimento com clara ideologia neoliberal. Conforme Pereira (2012), essas tendências contradizem o conceito de desenvolvimento no Brasil e elas não são fatais às políticas sociais:

Pelo fato de a política social ser um processo complexo e internamente contraditório — e não um sistema, um ato formal de Estado ou de governo, uma receita técnica ou mera resposta institucional —, ela pode mudar de tendência e ser colocada a serviço do trabalho na sua luta endêmica contra o capital. Tudo vai depender do impacto das mudanças estruturais em curso sobre os rumos da história, do regime político vigente, da organização e movimento da sociedade, da correlação de forças em presença e do sentido de desenvolvimento que se deseja imprimir (PEREIRA, 2012, p. 25).

O neoliberalismo no Brasil intensificou o processo de reestruturação produtiva do capital avançando nos interesses do sistema capitalista e do mercado, negligenciando as necessidades sociais da população. O neoliberalismo, conforme Dardot e Laval (2016, p. 7), “é um sistema normativo que ampliou sua influência no mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida”.

Diante disso, é preciso refletir sobre as formas que o neoliberalismo opera na sociedade, através de um conjunto de práticas e doutrinas econômicas de um processo desigual e progressivo. Dardot e Laval (2016) referem que o sistema neoliberal é instaurado por oligarquias burocráticas e políticas, multinacionais, atores financeiros e grandes organismos econômicos internacionais que exercem uma função política em escala mundial. Além disso, deve-se considerar que eles definem o modo de subjetivação dos indivíduos, conduzindo para um enfraquecimento e destruição das condições do coletivo. A subjetivação neoliberal opera na mutilação da

vida comum, no sentido do egoísmo social, negação da solidariedade e redistribuição, o que pode desembocar em movimentos reacionários.

No sistema neoliberal, os direitos sociais são negados, deixam de ser ofertados pelo Estado, e o mercado passa a ser o agente responsável para ofertar o acesso à população. Desta forma, os direitos sociais são ofertados como valores de troca, como produtos trocáveis como qualquer outra mercadoria, negando o seu valor de uso para o consumo de qualquer trabalhador. A classe trabalhadora, explorada e sem recursos suficientes para suprir suas necessidades básicas, não tem condições de acesso, através da compra, aos direitos sociais (KELLER, 2019).

Direitos como educação e saúde deixaram de ser ofertados como valores de uso, conforme preconizou a Constituição Federal de 1988 com o propósito de atender às demandas elementares da população, passando a ser amplamente comercializados, como valores de troca, em favor da lógica mercantil (KELLER, 2019, p. 49).

Diante deste contexto, os direitos sociais são ofertados pela via do mercado ou da filantropia, como valores de troca. O papel do Estado é redefinido, transferindo para o setor privado ou descentralizado para o “setor público não-estatal” os serviços que não envolvem o exercício do poder do Estado, mas devem ser subsidiados por ele, como educação, saúde, cultura e pesquisa científica (BEHRING, 2008).

Este viés ideológico do neoliberalismo reforça a relação da política de saúde com a lógica mercantilista, pois o projeto privatista de saúde apresenta como preceitos o individualismo, competitividade e meritocracia, reforçando as desigualdades sociais herdadas pela formação socioeconômica do Brasil. O desfinanciamento da saúde, como um importante fator, direciona para uma ideia de focalização da política, que está relacionada com a imensa demanda social existente e a falta de recursos para atender a população. Com isso, o Estado direciona suas ações de forma prioritária à camada mais pobre da população. Este aspecto fundamenta a precarização e a terceirização dos recursos humanos da saúde. Desta forma, a falta de condições de saúde e bem-estar também fragiliza os indivíduos, comprometendo sua participação integral na sociedade (SANTOS, 2017).

Apesar dos avanços contidos no documento constitucional, a política de saúde enfrenta muitos desafios para a efetivação do SUS. Desta forma, o texto legal se distancia da realidade. Há um redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, que faz com que a política de saúde seja disputa de

projetos políticos divergentes que vivem em permanente tensão, sendo estes: o Projeto Privatista, o Projeto da Reforma Sanitária e o da Reforma Sanitária Flexibilizada.

Através do Projeto Privatista, que representa o interesse da lógica do mercado e visa a exploração da doença como fonte de lucros, o Estado tem o papel de garantir o mínimo a quem não pode pagar, transferindo suas ações para o setor privado. No Projeto da Reforma Sanitária, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde, e a preocupação central em assegurar que o Estado atue em função da sociedade. Em conformidade, os autores Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) sinalizam um terceiro projeto em disputa, o da Reforma Sanitária Flexibilizada, apreendido em meio às contradições durante a implementação do SUS e a reconfiguração do Estado brasileiro, adequando a política conforme às exigências da política macroeconômica. Assim, referem que este projeto se consolida nos governos petistas, que apesar dos resultados positivos sobre alguns indicadores sociais de algumas políticas, os investimentos foram reduzidos por influências da agenda da estabilidade fiscal, cumprindo um papel funcional ao capitalismo no Brasil.

Na análise das autoras sobre a política de saúde nos governos petistas é que a disputa entre os projetos divergentes permaneceu, apesar de algumas propostas enfatizarem a Reforma Sanitária, não houve vontade políticas e nem investimentos financeiros para viabilizá-las. Assim, identificam a continuidade das políticas focais, falta de democratização do acesso e o não investimentos nas políticas da Seguridade Social, favorecendo a articulação do mercado e as políticas de ajuste fiscal (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018).

Keler (2019), ao se referir sobre o período neodesenvolvimentista do país, característico do governo Lula e Dilma, diz que ele se desenvolve através da contradição central em comprometer as necessidades do mercado e de alguns segmentos sociais e que não rompeu com as bases neoliberais presentes na sociedade brasileira.

O advento do governo de Michel Temer, após as manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que resultaram com o afastamento da presidente da república Dilma Rousseff em maio de 2016, intensifica e avança com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores. Na área da saúde, esse processo ameaça o caráter público

e universal da saúde, tão caro ao Movimento da Reforma Sanitária (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018).

O governo de Temer favoreceu os interesses da classe dominante do país e aprofunda sua dependência junto ao capital internacional. Assim, as consequências da crise da acumulação são transferidas aos trabalhadores, através da aniquilação de seus direitos através de propostas de contrarreformas. Na área da saúde, a continuidade do processo de privatização, adensado pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

As medidas de contrarreformas implantadas no governo Temer são aceleradas na gestão do atual presidente do Brasil. Destacamos que este governo se caracteriza como conservador e reacionário, reforça a violência, ataca e repudia qualquer mobilização social e os sujeitos mais vulneráveis. Em seu discurso, salienta a sua posição em favor da privatização e do mercado. Desta forma, contribui e viabiliza o desmonte do Estado Brasileiro através da desconstrução dos direitos e ameaças à democracia brasileira.

A eleição do presidente Bolsonaro caracteriza-se pela expressão mais concreta da ascensão do conservadorismo no Brasil. Em sua dissertação, Eidt (2018) já sinalizava a preocupação da presença do conservadorismo no atual cenário brasileiro e mundial, pautado nas relações sociais sem constrangimento, cada vez mais recorrentes através da insegurança, do medo social, nos discursos pró-volta da ditadura, da redução da maioria penal, das manifestações dos diversos preconceitos, discriminação de gênero, raça e orientação sexual. Essas manifestações concretas carregam o desejo de preservar a estrutura social, os valores tradicionais de família, a desigualdade social, e, principalmente, preservar os privilégios de classe. Conforme Keller (2019, p 109),

os segmentos que concebem, apoiam e reproduzem os discursos extremos disseminados pelos personagens conservadores geralmente apresentam um posicionamento contrário aos avanços sociais e às políticas que visam a ampliação de direitos dos segmentos oprimidos. A contradição dessa assertiva se situa na medida em que, não pertencendo a nenhum desses segmentos, tais sujeitos opinam sobre aquilo que não conhecem ou não vivem, praticando uma lógica de inversão.

Assim, recorremos a Barroco (2015) para compreender que o conservadorismo, pertencente ao campo ideológico, tem a função de reproduzir um modo de ser constituído em valores historicamente preservados pela tradição e costumes, o qual evidencia na realidade brasileira “um modo de ser mantido pelas nossas elites, com seu racismo, seu preconceito de classe, seu horror ao comunismo” (Barroco, 2015, p. 624). O conservadorismo está presente em todas as esferas da vida social, difundido pela reificação e pelo irracionalismo, que obscurecem suas determinações, dissimulam as contradições sociais, naturalizam suas consequências, responsáveis por disseminar o individualismo, pessimismo e anti-humanismo. Eidt (2018) reitera que o pensamento conservador é fundamental e funcional ao capitalismo.

Conforme Keller (2019), o pensamento conservador se constitui enquanto um fenômeno situado na história da sociedade capitalista e manifesta-se por não reconhecer as necessidades do outro e a resistência a mudanças, assim refere como duas categorias centrais:

a) a invisibilidade das necessidades do outro, que devem subjugar suas diferenças aos costumes e interesses hegemônicos, já que a desigualdade seria natural e necessária; b) a uma forte resistência a mudanças que, de alguma forma, representem ameaças às instituições, às tradições e à ordem capitalista. (KELLER, 2019, p. 108).

Barroco (2015) trata como neoconservadorismo a reatualização do conservadorismo ao incorporar os princípios econômicos do neoliberalismo, conciliando com o seu ideário e modo específico de compreender a realidade. Desta forma, a configuração do neoconservadorismo evidencia o destaque ao apelo à ordem e defesa da moral.

O neoconservadorismo apresenta-se, então, como forma dominante de apologia conservadora da ordem capitalista, combatendo o Estado social e os direitos sociais, almejando uma sociedade sem restrições ao mercado, reservando ao Estado a função coercitiva de reprimir violentamente todas as formas de contestação à ordem social e aos costumes tradicionais. (BARROCO, 2015, p. 625).

Desta forma, o conservadorismo se reatualiza ao contraste dos ideários neoliberais, e assim reforça os questionamentos sobre a validade dos direitos sociais já estabelecidos, implicando diretamente nas políticas sociais, em especial na política de saúde que já vem historicamente em disputa por projetos opostos.

Exemplificamos através da reformulação do Programa Mais Médicos, no atual governo, amparado no discurso de torná-lo “mais técnico e menos político”, o que ocasionou na retirada dos médicos cubanos do programa e a dificuldade dos médicos brasileiros em permanecer. Em relação à Política de Saúde Mental, o destaque foi a divulgação da Nota Técnica nº 11/2019, da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, com a proposta de reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, além de fortalecer os manicômios e práticas que já haviam sido superadas no tratamento de saúde mental (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Outro ponto que Bravo et al (2020) destacam e que é de extrema importância na análise deste estudo e na avaliação dos modelos de gestão hospitalar é o destaque ao tema da eficiência dos hospitais estar presente na proposta de Reforma do SUS, a qual é explicitada no documento do Banco Mundial denominado “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”. Uma das suas premissas é obter melhores resultados com o nível atual de gasto público do SUS, desconsiderando a necessidade de maior financiamento ou revogação da EC 95. Além disso, o Ministério da Saúde passou por mudanças em sua estrutura, sendo criadas duas Secretarias: a de Atenção Primária à Saúde e a de Tecnologia da Informação – departamento de saúde digital. A extinção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e a transferência das suas pautas para um departamento de gestão interfederativa vinculado à Secretaria Executiva, a reformulação da Secretaria de Atenção à Saúde priorizando a especialização e a criação de um Departamento de Certificação e Articulação com Hospitais Filantrópicos e Privados, estabelecendo a parceria com o setor privado. E, ainda, a reestruturação do Departamento de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), Aids e Hepatites Virais, que passou a se chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, juntando ao departamento doenças como hanseníase e tuberculose.

Sem diálogo com os movimentos sociais, essa junção é considerada como um retrocesso e perda de espaço da construção de estratégias brasileiras contra HIV/Aids e a ausência da participação social. Com isso, sofreremos os seus rebatimentos futuros. Desta forma, afetam potencialmente a qualidade da atenção à saúde e atingem diretamente a população (BRAVO et al 2020).

Também destacamos o discurso do ex-ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, em defesa da cobertura universal em substituição do termo universalidade como princípio do SUS, o que viabiliza um pacote de serviços e estratégias de focalização, afastando a perspectiva da atenção básica de acesso universal. Assim, altera-se através de norma técnica o modelo de financiamento do SUS, com o fim do piso da variável da Atenção Básica, acabando com a obrigatoriedade das equipes multidisciplinares ao Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), tornando os gestores municipais livres para compor as equipes. Com isso, as propostas em relação à saúde ressaltam um modelo de sistema de saúde que não funciona devido à sua má gestão, sendo reforçado pela mídia a necessidade de focalização e o estímulo do aumento da cobertura dos planos privados.

O SUS está sendo desconstruído através de ações de governo que, amparado em seu papel de autoridade sanitária, reitera modelos privados para gerenciar a saúde pública de instituições privadas, que seguem a lógica do mercado e avançam em medidas que retrocedem e ferem os direitos tão disputados e conquistados pelos movimentos sociais.

As ameaças ao princípio da universalidade ocorrem pela disputa que a saúde tem sido alvo, na busca de lucros por grandes grupos econômicos e ameaçando o seu caráter público e universal, para impor a lógica privada nos espaços públicos. A partir de um processo de “universalização excludente”, através da lógica do mercado, tornando-se um subsistema destinado aos pobres, com uma prestação de serviços de forma precária. Esse processo traz severas consequências à população usuária na forma de prestação de serviços da política de saúde, ou seja, atendimentos com baixa resolutividade, falta de acolhimento, dificuldade no acesso e longas filas de espera (BRAVO, PELAEZ, PINHEIRO, 2018; HOFF, BOLZAN, 2017).

O SUS está cada vez mais em descompasso com os seus princípios fundamentais, como o de universalidade, tornando-se um subsistema destinado aos pobres, com uma prestação de serviços de forma precária. Isso se incorpora na justificativa para a expansão do projeto mercantilista para a saúde, em contraposição ao projeto do Movimento Sanitário (HOFF, BOLZAN, 2017, p. 75).

Os efeitos do neoliberalismo têm avançado nos interesses do sistema capitalista e do mercado, negligenciando as necessidades sociais da população,

desarticulando assim o conceito de saúde referido na Constituição Federal, através de um viés de políticas sociais mais celetistas, fragmentadas e focalizadas.

Destacamos Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), que indicam que todo o processo de desmonte que a Política de Saúde vem sofrendo, através de ações no sentido da mercantilização da Política de Saúde, as dificuldades de efetivação do SUS e as propostas de retirada dos direitos sociais, em específico o direito à saúde de forma dialética, resultam no surgimento de novos mecanismos de lutas, como os Fóruns de Saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Ressaltam que esta luta “é fundamentalmente contra as relações sociais capitalistas que reproduzem a desigualdade social e a exploração dos trabalhadores e estão na raiz da determinação social da saúde e da doença” (BRAVO, PELAEZ E PINHEIRO, 2018, p. 19).

Com isso, reforçamos a necessidade da materialização do SUS enquanto política, na sua totalidade, pautada nos princípios do Projeto de Reforma Sanitária como um dos principais desafios postos à saúde. Além do seu aperfeiçoamento por meio do retorno dos seus princípios originais, ou seja, garantir a qualidade nos atendimentos e serviços prestados, com resolutividade, sem longa espera e com relação humanizada entre trabalhadores, gestores e usuários (MOTA, 2006).

2.3 Construindo a Transição do Cuidado na interface com a rede de atenção à saúde: viva o SUS!

Nesse processo de construção da Transição do Cuidado na saúde, elaboramos uma metáfora com a ideia de fertilização, entendendo que a Transição do Cuidado, assim como o adubo, pode agir para adubar o solo. Neste caso, o solo são as ações em saúde, e tornando-as férteis produtivas e fecundas. Como adubo, para fertilizar o terreno da saúde, precisamos primeiro compreender o conceito da Transição do Cuidado na literatura e assim podemos cultivá-la no Sistema Único de Saúde, para posteriormente colhermos seus frutos em concordância com os princípios da política de saúde brasileira. Sobre isso abordaremos a seguir:

2.3.1 Fertilizando o conceito de Transição do Cuidado na saúde

A OMS considera a importância da compreensão do contexto para os sistemas de saúde e seus prestadores de cuidado, indicando assim uma abordagem de sistemas combinada com intervenções baseadas em evidências. Refere que, por não existir uma abordagem única para os problemas relacionados à Transição do Cuidado, a estratégia dependerá do contexto que está inserido, as pessoas que estão envolvidas e a forma como é implantado. Indicando a cultura organizacional de extrema importância para o planejamento das ações. Desta forma, as estratégias para a Transição do Cuidado de qualidade e de forma efetiva devem ser executadas da esfera macro até a micro das ações em saúde. Com isso, devem assegurar um sistema com cobertura universal de saúde e sustentabilidade de cuidados (WHO, 2016).

Por isso a importância de compreender em que contexto de saúde estamos abordando a Transição do Cuidado. Weber (2018) identificou, em sua dissertação sobre a avaliação da qualidade da transição do cuidado entre internação e domicílio, a fragilidade do sistema de saúde diante das elevadas taxas de reinternações hospitalares, a busca dos usuários pelos serviços de emergência e a falta de comunicação entre os diferentes profissionais dos serviços hospitalares e atenção básica. Assim, Acosta (2016) reitera a importância da Transição do Cuidado na saúde ao compreendê-lo como uma estratégia para a efetivação de um sistema integrado de saúde, pois é uma forma de superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade dos cuidados na RAS.

A atenção primária em saúde é reconhecida pela OMS como papel central para uma abordagem multifacetada da Transição do Cuidado. Por isso, não propõe uma forma única para todos os países, considerando as diferentes formas de organização da atenção primária nas diferentes regiões e até mesmo dentro de um determinado local (WHO, 2016).

De acordo com Starfield (2002), a Atenção Primária é responsável pela coordenação da atenção para garantir uma transição adequada em toda a RAS, evitar a duplicidade de exames e procedimentos e para que a longitudinalidade e a integralidade não percam seu potencial.

Conforme a revisão teórica de Weber (2018), compreendemos que a Transição do Cuidado está associada à coordenação do cuidado centrada no paciente/usuário, considerando suas escolhas e reconhecendo suas necessidades e de seus familiares, devendo ser considerado e avaliado para o planejamento das ações. A autora apresenta que, se a coordenação dos cuidados ocorrer de forma inadequada durante as transições entre os diferentes serviços, isso pode ameaçar a segurança do paciente, gerar sobrecargas de cuidados, angústia, ansiedade no paciente/usuário e seus familiares, ocasionado reinternações e o aumento dos gastos em saúde. Reiterando as afirmações de Weber e da OMS sobre as repercussões da Transição do Cuidado na vida dos usuários, as assistentes sociais no grupo também evidenciam as dificuldades geradas pela falta da articulação das ações:

Porque a gente sabe que tem essa questão de fazer a mediação com o posto de saúde para que o posto dê a continuidade do cuidado para quando ele saia do hospital. Ele sai totalmente perdido. Sem saber como vai procurar às vezes informações muito básicas. (...) Muitas coisas que a gente sabe que não foram feitas antes desse paciente ter alta. E assim tem aquela quebra da Transição do Cuidado que a gente sabe que não aconteceu. No hospital, ele estava recebendo todos os cuidados e ele foi para casa, e a gente sabe que em uma semana ele acaba reinternando por essa falta de Transição do Cuidado de forma efetiva. Que a gente possa fazer diferente e realmente fazer que essa pessoa siga seu tratamento em casa. (Participante 1).

Quando a gente chega na casa, a gente percebe que os familiares estão bem confusos com os cuidados, dizem que aprenderam a manejar uma sonda, as medicações que tem que tomar. Só que é muito confuso para eles. A gente começa a reorganizar isso ali na casa deles, junto com eles. E organizar também o atendimento na unidade de saúde. Que para eles às vezes é muito complicado. E eles têm a ideia do acesso primeiro no hospital depois na unidade. As vezes tem uns que não chegam na unidade. (Participante 2).

Assim, conforme já citado neste estudo, a Transição do Cuidado é um processo complexo e exige a coordenação e a comunicação das diferentes pessoas envolvidas: profissionais, usuários e familiares.

A OMS identifica o conceito de Transição do Cuidado mais amplo do que os cuidados clínicos, pois envolve outros fatores relacionados às visões, experiências e necessidades do/a paciente/usuário/a. Descreve como transições eficazes de cuidados a atenção para questões clínicas e não clínicas. Ressalta que os aspectos não clínicos impactam nas decisões de Transição do Cuidado, destaca o estado cognitivo do/a paciente/usuário/a, seu nível de atividade, condições de moradia, rede de apoio, transporte, capacidade de obter medicamentos e cuidados nos serviços,

reforçando que essas questões sejam consideradas no planejamento e ações de políticas e programas na área da saúde (WHO, 2016).

Em consonância com a OMS, as assistentes sociais referem a importância de reconhecer as necessidades e o contexto dos/as usuários/as dos serviços para planejar as ações, considerando a integralidade da saúde e a complexidade da Transição do Cuidado:

(...) é uma coisa mais complexa e integral. Não é só encaminhar para a unidade de saúde. A gente tem que trabalhar com o todo da pessoa. Em casa como ela está inserida, qual é a rede dessa pessoa, e o que ela precisa melhorar a questão de saúde. As vezes não é só a consulta no posto, mas são várias outras coisas que agravam a questão de saúde dela. (Participante 2).

Acosta (2016) identifica elementos considerados essenciais para o cuidado centrado no paciente/usuário conforme a apropriação de autores que discutem a Transição do Cuidado, são estes o engajamento do paciente e familiar no processo de cuidado, educação e compartilhamento de conhecimento, respeito às necessidades e preferências do paciente, colaboração da equipe de saúde e acesso a serviços de saúde (COLEMAN et al., 2006; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010; PARRY; KRAMER; COLEMAN, 2006 apud Acosta, 2016). Assim, destaca também a importância do papel da família no processo de transição, centrado nas suas preferências e necessidades, que guiam os processos decisórios das transições para que ocorra de forma respeitosa, coordenadas, eficientes e efetivas.

Os elementos destacados em estudos internacionais por Acosta também aparecem expressos nas falas das assistentes sociais, considerando a importância da centralidade do usuário e a sua autonomia nas decisões e planejamento das ações do cuidado:

(...) tem a questão do usuário. Levar em conta o que o usuário está pensando o que é a saúde dele, o que ele quer fazer em relação à saúde, as coisas que ele aceita fazer. Ele tem autonomia também para isso. Tem que pensar nele. Acho que não é só pensar como eu vou cuidar desse usuário, mas pensar o que ele aceita para ele, o que ele deseja. Como ele deseja ser cuidado. O que ele quer fazer. Acho que isso a gente tem que levar em conta. (Participante 2).

Para que ocorra um processo da Transição do Cuidado centrado nas necessidades do/a paciente/usuário/a e familiar ou cuidadores, é necessário um planejamento das ações em saúde em uma perspectiva multidisciplinar. Mas, conforme Coleman e Boulton (*apud* WEBER, 2018) salientam, o processo de Transição

do Cuidado envolve toda a equipe que está no cuidado direto do paciente/usuário. Com isso, surge a necessidade de um planejamento cuidadoso e adequado de todas as dimensões da rede de serviços e uma atuação conjunta da equipe multidisciplinar.

Conforme já mencionada, a relação da Transição do Cuidado com a segurança do paciente, destacamos então Mendes (2012, p.346): “os momentos de transição geram muita insegurança para as pessoas e são áreas críticas para a segurança da atenção à saúde”. Assim, a OMS orienta que as soluções requerem uma abordagem de sistemas e indica três aspectos: o envolvimento de pacientes/usuários e cuidadores como parte da equipe; a transferência oportuna de informações clínicas e sociais precisas entre as configurações; e a reconciliação medicamentosa. Destacando que os casos identificados com maior risco necessitam de medidas adicionais, adaptadas às suas necessidades clínicas e sociais individuais (WHO, 2016).

A OMS, ao considerar a Transição do Cuidado como um “conjunto complexo de processo”, propõe estratégias para minimizar os riscos de erros, são estas: cumprimento de diretrizes acordadas nacionalmente, concordar a terminologia usada entre os prestadores de cuidados de saúde e contextos de cuidados, padronizar as transferências de informações, estabelecer sistemas de rastreamento para testes diagnósticos e de acompanhamento, encaminhamentos e compromissos, usar listas de verificação simples e o planejamento de descarga robusto. Assim, considera a cultura de organização importante para melhorar as transições e desenvolver soluções (WHO, 2016).

Destaca-se, então, a necessidade de reconhecer a Transição do Cuidado como componente integrante da coordenação do cuidado, e as áreas de melhoria devem estar focadas no reconhecimento das necessidades dos pacientes/usuários e seus familiares ou cuidadores, e a melhor comunicação entre pacientes/usuários e os prestadores de cuidado de saúde em todos os contextos. Assim, identifica-se como estratégias bem sucedidas as Transições do Cuidado voltadas para a comunicação, estratégias de relacionamento e processo concentrados na coordenação do cuidado (WHO, 2016). Os aspectos relacionados à coordenação do cuidado também são expressos nas falas das assistentes sociais diante da compreensão das profissionais sobre compreender a Transição do Cuidado para contemplarem todos os elementos para realizarem dentro de uma perspectiva de cuidado integral:

(...) envolve muitas coisas, pra mim envolve todo o contexto que a pessoa está inserida. Não é só ligar para o posto. Mas se vai consultar, se vai ser atendida, de que forma vai ser atendida. Envolve os outros serviços da rede, a família. Então, todo mundo tem que estar envolvido, realmente compreendendo o que realmente significa a Transição do Cuidado para que seja feita de forma efetiva (Participante 1).

A OMS indica, como uma iniciativa prática em nível de sistema para o fortalecimento de sistemas técnicos de compartilhamento de registros e de informações atualizadas, o enfoque do aumento da comunicação e coordenação entre os diferentes cuidados, incluindo primária, secundária e assistência social. A importância da comunicação entre os profissionais da saúde dos diferentes níveis de cuidado sobre as intervenções relacionadas à segurança do paciente. Essa relação fomenta a rede de apoio entre os profissionais, com isso possibilita compreensão do papel de cada um no processo de cuidado e articulação entre os serviços dos diferentes pontos de saúde (WHO, 2016).

Assim, Weber (2015) refere a importância da coordenação da comunicação permanente para uma boa qualidade da transição. Para uma comunicação efetiva, identifica a relação entre os profissionais do mesmo local, com outros serviços e com pacientes/usuários e familiares de modo claro, objetivo e sem uso de termos técnicos (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014 *apud* WEBER, 2015).

O aprimoramento de relacionamentos e comunicação deve estar associado nas estratégias para melhorar a comunicação entre pacientes/usuários da saúde, prestadores de cuidados e entre organizações; em listas de verificação e instruções escritas sobre a transição para os pacientes/usuários, familiares e cuidadores; e o uso de terminologia padronizada acordada entre cuidados primários e secundários (WHO, 2016).

A compreensão da comunicação diretamente relacionada à Transição do Cuidado, para as assistentes sociais, está expressa como estratégia para sua efetivação:

A transição só se dará através da comunicação, não só dos colegas, dos profissionais, mas com a família, com o usuário. As coisas precisam estar bem estabelecidas para que as próprias pessoas entendam o que é essa comunicação (Participante 3).

A série para a Transição do Cuidado apresenta como exemplos de qualidade ações relacionadas com a reconciliação de medicamentos, compartilhamento de informações entre os profissionais e paciente/usuário, entre os profissionais do

mesmo serviço e com os demais serviços da rede de saúde, a cultura de segurança do paciente na atenção primária, e o envolvimento proativo do paciente/usuários, familiares ou cuidadores. Como desafios, identifica o reconhecimento do papel do paciente/usuários e suas necessidades na construção das ações, a importância da avaliação da realidade dos serviços de saúde, como a superlotação hospitalar e a falta de serviços apropriados, os aspectos clínicos e os não clínicos, e também reitera as diferenças culturais, como fatores importantes para o planejamento das ações da Transição do Cuidado (WHO, 2016).

Apesar de a OMS indicar o papel central da Atenção primária em saúde na Transição do Cuidado, a grande maioria dos estudos a relaciona com a transição entre hospital e domicílio/atenção primária em saúde e a construção de fluxos e protocolos no âmbito hospitalar, diante da prevalência de doenças crônicas, do envelhecimento populacional a fim da redução do tempo de permanência hospitalar, evitar reinternações e de custos em saúde e assim fomentar a integração do sistema de saúde.

Na produção teórica internacional, destacamos Burke et al. (2013), que comparam a Transição do Cuidado como uma “ponte” do hospital para a comunidade, sustentada por pilares – os domínios – que darão sustentação para que ocorra de forma eficaz e forte. Os domínios estão relacionados desde o planejamento da alta hospitalar até o acompanhamento ambulatorial, reforçando aspectos de comunicação de informações, segurança dos medicamentos, educação do paciente, suporte social e coordenação dos cuidados entre os membros da equipe.

No âmbito nacional, o tema Transição do Cuidado vem sendo discutido no campo da saúde pública e instituições privadas, relacionada às ações de gestão dos serviços e da assistência em saúde. Em destaque no âmbito hospitalar, o tema é reconhecido como uma alternativa para a realidade que se apresenta na maioria dos hospitais: superlotação dos serviços de emergência e internação, baixa resolutividade e difícil acesso da população nos serviços de atenção básica. Destacamos que as ações implementadas nas instituições hospitalares são para favorecer a alta precoce, através de agilização dos exames, procedimentos e avaliações de outras especialidades, adequados ao tratamento do usuário e na garantia do tratamento nos serviços de saúde em outros pontos de atenção, com o objetivo de uma maior rotatividade de leitos e evitar reinternações desnecessárias.

Os estudos nacionais sobre o tema também estão relacionados com a transição entre o hospital, tanto da emergência quanto da internação, para o domicílio. Acosta (2016), em sua tese, analisa a transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, que tiveram alta de serviço de emergência para o domicílio. Através dos resultados obtidos, sugere novas práticas assistenciais e mecanismos de processo de trabalho das equipes de saúde para efetivar a Transição do Cuidado, tais como a elaboração de planejamento de alta, através de planos de alta e check-list, tanto no ambiente hospitalar como na comunidade.

Weber (2018), em sua dissertação, avaliou a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis de unidades de internação clínica para o domicílio, associando com a readmissão hospitalar. Assim, destaca a Transição do Cuidado como uma estratégia no campo hospitalar para garantir o cuidado integral durante a internação e pós-alta hospitalar, o acesso aos serviços de atenção primária e a diminuição das reinternações hospitalares.

Consideramos a importância de compreender a dinâmica da Transição do Cuidado conforme a realidade da política de saúde brasileira, para que estas ações não ocorrem de forma descontextualizada das tensões e conflitos das políticas públicas, desvinculadas dos princípios do SUS e, assim, reforçar a fragmentação e seletividade da política de saúde. Por entender que a discussão sobre o tema é recente e incipiente, avaliamos a importância de realizar um estudo documental na legislação de saúde e documentos legais, a fim de identificar conceitos e ações que se assemelham à Transição do Cuidado na saúde. Os documentos foram selecionados de acordo com a delimitação deste estudo relacionados com a política de saúde especificados pela legislação do SUS, segurança do paciente, atenção básica, hospitalar e domiciliar.

No Ministério da Saúde, há nomenclaturas que se assemelham e se relacionam com as ações da Transição do Cuidado, identificando uma pluralidade de termos. Identificamos que o tema está em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde em relação à garantia do acesso, integralidade das ações, autonomia do usuário e direito à informação:

I - **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - **integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - **preservação da autonomia das pessoas** na defesa de sua

integridade física e moral; IV - **igualdade da assistência à saúde**, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - **divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário**; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Além disso, todos os princípios baseiam-se no conceito de saúde ampliado, conforme o artigo 3º da legislação, sendo os determinantes e condicionantes as “questões não clínicas” consideradas pela OMS, essenciais para o planejamento e reconhecimento nas ações de Transição do cuidado. Além de considerar a integração das ações assistenciais e preventivas.

(...) a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Em âmbito nacional, por a terminologia ser pouco conhecida, apesar do tema estar relacionado aos princípios do SUS, universalização do acesso, hierarquização da rede e integralidade da atenção à saúde, pode ser confundida com os mecanismos de referência e contrarreferência, que são utilizados para gerenciar os fluxos das pessoas entre os serviços. Acosta (2016) reitera a Transição do Cuidado como mais complexa do que o encaminhamento do usuário de um serviço para o outro, ou seja,

a Transição do Cuidado se constitui como um conceito abrangente, que inclui o envolvimento do paciente e sua família, assim como o envolvimento dos profissionais de saúde em seu microespaço de trabalho, indo muito além dos documentos oficiais de referência e contrarreferência (ACOSTA, 2016, p.35).

Mehry e Malta (2010), sobre a coordenação do cuidado, referem a importância da referência e contrarreferências serem menos burocráticas e, com isso, a necessidade que os planos de cuidado sejam partilhados e discutidos por pessoas que se conhecem e trabalham juntas em algumas ocasiões. Assim, podemos apontar que os mecanismos de referência e contrarreferência no sistema de saúde integram a Transição do Cuidado, mas ressaltamos, como já viemos expondo, que não deve se resumir à transferência do usuário de um serviço para outro. Devemos refletir essa transição conforme as especificidades dos sujeitos que acessam os serviços, pensando a saúde para além de uma abordagem centrada na doença, que reforça o modelo médico-centrado. Mas associar a Transição do Cuidado a uma comunicação

efetiva, relacionada à troca e construção conjunta, a partir do conceito ampliado de saúde e seus determinantes sociais no planejamento das ações.

Identificamos nos demais documentos conceitos que se assemelham à concepção da Transição do Cuidado, como na Política Nacional de Atenção Hospitalar, Caderno de Atenção Domiciliar e a Portaria da Rede de Atenção à Saúde. Assim, podemos inicialmente associar que os conceitos estão estritamente relacionados à integralidade da atenção à saúde, ao identificarem o reconhecimento das necessidades dos usuários da saúde, a comunicação entres os envolvidos, incluindo profissionais e usuários e a articulação desses serviços de uma forma coordenada que garanta o cuidado integral em saúde.

Na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), identificamos a diretriz de integração do hospital com os demais pontos da RAS e a continuidade do cuidado. No art. 16, denomina como **transferência do cuidado**, e refere que também é entendida como **alta hospitalar responsável**, indicando que esta deve ser realizada por meio de:

orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito; articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (BRASIL, 2013).

O caderno da Atenção Domiciliar destaca como um dos eixos centrais a “**desospitalização**” de uma forma responsável, com o objetivo de proporcionar a celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio. Assim, considera a Atenção Domiciliar como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes (BRASIL, 2012).

A RAS, conforme suas diretrizes de organização, apresenta-se como um terreno fértil para o cultivo da Transição do Cuidado na Saúde. Tem como objetivo promover o acontecimento sistêmico de ações e serviços, com provisão de atenção integral, contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Apresenta em seus fundamentos no **Processos de Substituição**, as estratégias que se assemelham à Transição do Cuidado. Referem como “prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo”. A substituição pode ocorrer nas dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica.

Apresentando como exemplo a mudança do local da atenção prestada do hospital para o domicílio (BRASIL, 2010).

A Política de Segurança do Paciente, Portaria nº 529/2013, apesar de, conforme a OMS, os temas estarem estritamente vinculados, não possuem conceitos similares à Transição do Cuidado. O seu objetivo está relacionado à qualificação do cuidado em saúde, e o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) visa promover ações em relação à segurança do cuidado em saúde, assim compete propor, validar protocolos, guias e manuais, quais destacamos os processos de identificação dos pacientes, comunicação no ambiente dos serviços de saúde e transferência de paciente entre pontos de cuidado. Podemos identificar ações que estejam relacionadas à transição do usuário de um serviço para o outro, verificando a importância da comunicação como um dos desafios a serem superados.

Assim, reiteramos a importância de desvendar a Transição do Cuidado a partir da organização do SUS, considerando a complexidade na articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, planejar as ações com a compreensão das particularidades de como vem sendo organizada e administrada a política de saúde brasileira, sem desatender às dificuldades de acesso à saúde pela população e a lógica da saúde para um modelo de mercado, que busca enfraquecer seus princípios, organização e a sua garantia de acesso universal.

Diante de um cenário de contradições da saúde brasileira, em que modelos hegemônicos disputam os seus rumos, é essencial a reflexão dos profissionais sobre a apropriação do seu fazer e a finalidade das suas ações. Apesar da apropriação dos conceitos nos discursos dos serviços, estes podem ser capturados por práticas de produção do cuidado em saúde tradicionais, associada em procedimentos e na doença, favorecendo apenas as instituições e reforçando a perspectiva biologistica da medicina hegemônica. Com isso, nos remete à discussão da Transição do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde para o embasamento das suas ações.

2.3.2 A Rede de Atenção à Saúde como terreno fértil para o brotamento da Transição do Cuidado na Saúde

Ao nos aproximarmos do conceito da Transição do Cuidado, identificamos a sua relação com a organização da Rede de Atenção à Saúde na política de saúde brasileira. Por ser este um campo que possibilita a articulação dos serviços e promove a relação dos sujeitos, compreendemos como um terreno fértil para o desvelamento do conceito da Transição do Cuidado na saúde e qualificação das suas ações de forma efetiva, respaldadas pelos princípios do SUS.

O conceito de rede é discutido na produção internacional e nacional, conforme Ouverney e Noronha (2013), a partir de uma revisão da literatura setorial, como rede de atenção à relação entre a articulação dos serviços em saúde, o reconhecimento da necessidade dos usuários, com o objetivo de promover a atenção integral e contínua, a partir de uma combinação custo/efetiva de alocação de recursos. Assim, apresentam que o conceito de rede na grande parte de literatura está associado ao de cuidados integrados.

É possível conceber as redes de atenção como sendo uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade do cuidado. (OUVERNEY, NORONHA, 2013, p.152).

Na revisão sobre a rede de atenção na literatura internacional, identificam a Transição do Cuidado como uma prática associada aos cuidados integrados. Ouverney e Noronha (2013, p. 153) referem que “a integração do cuidado envolve a transição adequada dos usuários/cidadãos entre profissionais/unidades de atenção com base em diagnósticos e planos de intervenção previamente estabelecidos e de resolubilidade comprovada”.

Os cuidados integrados são a articulação das necessidades de saúde do cidadão/usuário e a responsabilidade clínica dos profissionais, capazes de ter uma visão ampla sobre o processo saúde-doença, envolvendo o planejamento das ações a partir do reconhecimento dos determinantes psicossociais e socioeconômicos que interferem na saúde dos cidadão/usuários, a coordenação e orientação para o uso de

tecnologias, práticas, medicamentos etc., e a avaliação dos resultados, sempre de acordo com evidências clínicas (Ouverney, Noronha, 2013).

As estratégias para a integração do cuidado são desenvolvidas conforme a característica de cada sistema de saúde e contexto nacional específico, podendo ser verificadas em sistemas universais, seguro social ou de mercado, podendo gerar equívocos quando transportadas para outros sistemas, pois diferem o seu produto final e o padrão de cidadania de cada sociedade. Apesar disso, os princípios de formação que formam os marcos gerais são cada vez mais úteis, mesmo em contextos distintos (Ouverney, Noronha, 2013).

No Brasil, os serviços e as ações de saúde são organizados de forma regionalizada e hierarquizada, como estratégia de organização de redes de atenção, conformando um sistema único de saúde em todo o território nacional e garantindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Conforme Santos e Andrade (2008), o SUS brasileiro foi gestado sob o formato de redes de serviços. O modelo de redes se impõe pela característica de *único*, pela unificação em um só sistema de todas as ações e serviços públicos de saúde, executado por entes políticos autônomos, e ao mesmo tempo *descentralizado*, onde todos os envolvidos se interconectam e simultaneamente se mantêm como unidade. Destacam, porém, que outro elemento foi adicionado neste sistema, a partir da CF/88 (art. 198 II) e na Lei 8080/90, que garante a integração da rede: *a integralidade da assistência à saúde do indivíduo*.

Mendes (2011) fundamenta uma discussão sobre a organização do sistema vigente no SUS, na forma hierarquizada como sistemas fragmentados de atenção à saúde, eles apresentam graves problemas operacionais devido a uma visão de estrutura hierárquica, definindo a saúde por níveis de complexidades crescentes, com diferentes graus e importâncias entre os níveis, organizado segundo suas normativas em atenção básica, atenção de média e de alta complexidades. Fundamentado por um conceito equivocado de complexidade, descaracterizando a atenção primária com uma sobrevalorização das práticas que exigem maior densidade tecnológica.

A organização da atenção e da gestão do SUS expressa um cenário de intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas através de lacunas assistenciais importantes, financiamento público insuficiente, incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, e a precarização e carência de

profissionais. Esses desafios atuais estão relacionados com o modelo de atenção à saúde vigente, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, agravados pelo elevado peso da oferta privada e as pressões do mercado (BRASIL, 2010).

Desta forma, compreendemos que superar os desafios postos e propor novas formas de atuação tornou-se um imperativo, sendo necessário avançar na construção de uma abordagem de cuidado de forma integrada para a consolidação do SUS.

Diante dos entraves para efetivação do SUS no Brasil, o Pacto pela Saúde (CNS, 2006)²² apresenta as redes de atenção à saúde como estratégias de reestruturação do sistema de saúde, no que se refere à sua organização, qualidade e impacto da atenção prestada, voltada para o aperfeiçoamento da política de saúde na garantia de direitos constitucionais de cidadania e efetivação das ações para a consolidação do SUS.

Na busca de estratégias frente aos impasses e desafios do processo de organização do SUS, redirecionam as ações e serviços no desenvolvimento da RAS, fruto de um acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), consolidada através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 1).

O conceito da RAS, previsto na portaria, fundamenta-se na concepção elaborada por Mendes (2011, p. 82):

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o

²² “O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social”. (CNS, 2006). Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm#:~:text=O%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.>

custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A partir dessa definição, expressam-se os conteúdos básicos das redes de atenção que, conforme Mendes (2011), são a organização de forma poliárquica com missão e objetivos comuns em todos os pontos de atenção, operando de forma cooperativa e interdependente, implicando numa atenção contínua e integral sob a coordenação da atenção primária a saúde – prestada no tempo certo, lugar certo, com o custo certo e com qualidade certa – com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Oliveira (2016) reitera que as RAS são espaços que visam assegurar o compromisso com a melhora de saúde da população, ofertando serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de atenção à saúde, ao contrário da forma de trabalho em sistemas de saúde hierárquicos, de formato piramidal e organizado segundo a complexidade relativa de cada nível de atenção.

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos, que são apresentados por Mendes (2011) e estão expressos na portaria (BRASIL, 2010), sendo fundamentais a sua interação para operacionalização da RAS. São eles: a população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica; a estrutura operacional²³, constituída pelos nós das redes, pontos de atenção à saúde, e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós; e o modelo de atenção à saúde, sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde.

A RAS tem como característica principal a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção. Identifica-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como o centro de comunicação, pois tem relação direta com as necessidades em saúde de uma população, e com isso tem a responsabilização na atenção contínua e integral, realiza o cuidado multiprofissional e o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Desta forma, a APS realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção, que são considerados igualmente importantes para cumprir os objetivos da RAS, que se diferenciam pelas densidades

²³A estrutura operacional das redes de atenção à saúde tem cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros (MENDES, 2011).

tecnológicas que os caracterizam. Os pontos de atenção são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, como exemplos os domicílios, unidades básicas de saúde, os hospitais, que podem abrigar distintos pontos de atenção devido à variedade de serviços ofertados, entre outros. Conforme Brasil (2010, s/p), o objetivo da RAS é

promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde como provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica.

No âmbito do SUS, para o melhor funcionamento da RAS, são sinalizados os seguintes atributos: população e territórios definidos, extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços, APS como primeiro nível de atenção, serviços especializados, mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada, atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um, integração entre os diferentes entes federativos, a fim de atingir um propósito comum, ampla participação social, gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico, recursos suficientes sistema de informação integrado, ação intersetorial financiamento tripartite gestão baseada em resultados (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 4.279/2010 prevê diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no sistema de saúde. Assim, refere que este processo deve estar organizado através da gestão clínica, voltada para o desenvolvimento de soluções integradas da política de saúde. Assim, dispõem de ferramentas para integrar verticalmente os pontos da RAS. Estas ferramentas de microgestão dos serviços identificamos como associadas às ações de Transição do Cuidado. São estas: Diretrizes Clínicas, Linhas de Cuidado, Gestão de Casos e Lista de Espera.

Neste estudo, destacamos as Linhas de Cuidado na relação da Transição do Cuidado, por objetivarem a produção de recursos e práticas de produção de cuidado em saúde, visando a coordenação ao longo do contínuo assistencial e a conectividade de papéis e tarefas dos diferentes pontos e profissionais envolvidos com o cuidado. Conforme Mehry e Malta (2010), as linhas de cuidado articulam a macropolítica e micropolítica, associadas ao campo de gestão na organização das demandas do sistema de saúde e na ordenação do processo de trabalho.

O caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, o projeto terapêutico adequado àquele usuário, que comandará o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência. Portanto, as pontes e os entrecruzamentos entre a macropolítica e a micropolítica atravessam todo o percurso da LC. (Mehry, Malta, 2010, p. 600).

Assim, as linhas de cuidado devem partir das unidades de saúde para sua implementação. A APS, como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo assim mais eficaz referente à organização interna, e na sua capacidade de fazer, face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. Assim, considera-se como serviços e equipes estratégicas para a longitudinalidade e continuidade da atenção e cuidado, construção de vínculos para prevenção de agravos e promoção da saúde, além da articulação com outros setores, como educação, assistência social, ONGs, entre outros, e os demais pontos da rede de saúde (MENDES, 2011; SILVA, 2008).

Destacamos que, no Brasil, a APS, ao incorporar os princípios da Reforma Sanitária, adota no SUS a designação como Atenção Básica à Saúde a partir de um sistema universal e integrado de atenção (MATA, MOROSINI; 2009). Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNBA), reafirmará o seu papel como a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde; de ser responsável por coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, e de manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção, através de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, independente. Essa posição estratégica da APS no fluxo da atenção à saúde do usuário tem por objetivo potencializar a garantia da integralidade e continuidade do sistema de saúde (BRASIL, 2017).

Assim, reafirmamos a Política de Atenção Básica como primordial para a Transição do Cuidado e ordenadora da rede, ao reconhecer as necessidades de saúde da população subordinada ao seu território, assim organizando, em relação à necessidade e o acesso aos outros pontos da rede. Apesar de não apresentar ações específicas, as suas diretrizes estão em conformidade com o previsto pela OMS, conforme já descritas neste estudo.

Conforme Mendes (2011), no Brasil os desafios para assumir a APS mais qualificada, como estratégia para organização do SUS, deverá avançar na realidade dos serviços, que atualmente executam suas ações numa realidade de precariedade

de estrutura física, carência de equipe multiprofissional, precarização no sistema de contratação profissional. Por isso, para ter uma APS adensada tecnologicamente, com mais recursos, com equipe multiprofissional, deverá assumir, para além do discurso, uma efetiva prioridade pelos gestores do SUS, nas três instâncias federativas.

Levando em consideração as características demográficas e epidemiológicas em relação à saúde brasileira, a RAS, a partir da sua organização em pontos de atenção, os serviços da atenção primária devem ser apoiados por pontos de atenção, secundários e terciários, distribuídos espacialmente, de acordo com o processo de territorialização, de diferentes densidades tecnológicas para ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), ou seja, no lugar e tempo certos (BRASIL, 2010).

Os pontos de atenção secundária e terciária são considerados os nós da RAS, diferenciados por suas respectivas densidades tecnológicas, ofertando determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Os pontos de atenção terciários são mais densos tecnologicamente, por isso tendem a ser mais concentrados espacialmente. Por não serem iguais a estabelecimentos de saúde, uma unidade de saúde pode conter vários pontos, como o exemplo dos hospitais, que dispõem de serviços diversos, como o centro cirúrgico e as enfermarias de clínica médica são pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção às doenças cardiovasculares; a unidade de quimioterapia e radioterapia são pontos de atenção de uma rede de atenção às doenças oncológicas; a unidade de terapia intensiva de adultos é um ponto de atenção da rede de atenção às urgências e às emergências etc. Além disso, no sentido das redes poliárquicas, todos os pontos são igualmente importantes para atingirem os objetivos comuns da RAS, não ocorrendo relações de subordinação entre eles (MENDES, 2011).

Conforme a PNHOSP, os Hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada e integrada com a APS, os demais pontos de atenção à saúde e com outras políticas de forma intersetoriais, tendo como objetivo garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Os hospitais, ao integrarem a RAS, devem estar articulados com os outros pontos da rede e com os sistemas de apoio, sistematicamente e de forma integrada, diferenciando da lógica do hospitalocentrismo marcada nos sistemas fragmentados de atenção à saúde. Além disso, contém pontos de diferentes redes temáticas de atenção à saúde. Desta forma, a qualidade hospitalar não provém do seu

funcionamento isolado, mas de sua inserção e articulação em redes, contribuindo para gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e diminuir as iniquidades, expresso na relação entre a qualidade dos resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde (MENDES, 2011).

A Política Nacional Hospitalar, em consonância com as ações da Transição do Cuidado na saúde, além da integração da RAS e reconhecimento da Atenção Básica como coordenadora do cuidado, identifica a organização da assistência hospitalar centrada nas necessidades dos usuários, através de equipe multidisciplinar conforme o artigo 8º da Portaria 3.390/ 2013,

Art. 8º A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, **baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso.**

Indica também, no inciso 1º, a clínica ampliada e a gestão da clínica base do cuidado, reforçando no âmbito hospitalar a importância do trabalho multidisciplinar, do vínculo entre usuários e profissionais, participação da família e a valorização dos fatores subjetivos e sociais.

Salientamos neste estudo a atenção domiciliar como outro componente importante, estruturado de forma articulada e integrada à RAS. A atenção domiciliar é um dispositivo potente na continuidade do cuidado, por meio de práticas inovadoras em espaços não convencionais, ou seja, o domicílio. Conforme Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 os objetivos da Atenção domiciliar são:

- I - redução da demanda por atendimento hospitalar;
- II - redução do período de permanência de usuários internados;
- III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e
- IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS (BRASIL, 2016).

A implementação da Atenção Domiciliar conseqüentemente influenciou na organização do fazer/cuidar, contribuiu para a diminuição da sobrecarga dos serviços de Atenção Primária e, principalmente, hospitalar. Assim, podemos entender como uma estratégia para a fragmentação da rede e o fortalecimento da integralidade da assistência à saúde. Apesar da configuração da atenção domiciliar no Brasil estar relacionada à sobrecarga hospitalar, com a lotação das emergências e os altos custos

da assistência, seus objetivos estão em consonância com os princípios do SUS e com isso conforme aponta Ministério da Saúde:

superar o modelo assistencial centrado na doença e nos cuidados prestados no ambiente hospitalar, para avançar na configuração de novos saberes e fazeres que tenham como enfoque a identificação e a análise dos problemas e das necessidades de saúde contemporâneas e que sejam centrados no usuário e nas características fundamentais do cuidado em saúde. (BRASIL, 2014, p.44).

Nesta discussão, reiteramos Feuerwerker e Merhy (2008) referente a atenção domiciliar como uma modalidade substitutiva de organização da atenção, pois consideram a substitutividade e a desinstitucionalização elementos fundamentais para a produção de novas maneiras de cuidar, configuradas como um terreno do trabalho vivo em ato, possibilitando a produção e a invenção de práticas cuidadoras, através de dispositivos de produção do cuidado que não são produzidos dentro do hospital, do ambulatório e das instituições.

A atenção domiciliar reforça a centralidade das necessidades dos/as usuários/as nas suas ações e potencializa a integração da RAS, estimulando o encontro e a participação entre os envolvidos no cuidado, a importância do estabelecimento de fluxos e protocolos para efetivar a comunicação. Com isso, reitera a importância da comunicação no planejamento e desenvolvimento da Transição do Cuidado. Indicando como ações reuniões periódicas entre as equipes, o compartilhamento do cuidado através de Projeto terapêutico Singular (PTS) e a adoção de linhas de cuidado. Conforme indicado em suas diretrizes:

Art. 4º A AD seguirá as seguintes diretrizes:

I - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS; II - estar incorporada ao sistema de regulação, **articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde**; III - **adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares**; e IV - **estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es)**. (BRASIL, 2016, s/p).

Assim, conforme Pillati *et al.* (2017), a atenção domiciliar é considerada um serviço de transição do cuidado dentro da RAS, e se constitui como uma modalidade de atendimento para o fortalecimento do SUS e da RAS como um todo.

Consideramos os desafios da RAS no sistema de saúde brasileiro a compreensão de Mendes (2011) sobre os sistemas fragmentados, pois entendemos que ainda temos muito que avançar em termos de efetivação do conceito da RAS em âmbito nacional. Destacamos a fragilidade na continuidade do cuidado ou a sua fragmentação, a atenção centrada no profissional e não no reconhecimento das necessidades dos usuários, com ênfase nas intervenções curativas e reabilitadoras do que em ações preventivas e de promoção da saúde, caracterizados pela organização hierárquica.

Refletir sobre a RAS na política de saúde evidencia os entraves do SUS, o que gera lacunas assistenciais importantes. Diante desta realidade, os usuários transitam de um ponto a outro da rede em busca de soluções aos seus problemas, na forma que entendem adequada e conseguem o acesso, o que Silva e Krüger (2008, p. 16) denomina de SUS real: “o caminhar dos usuários e a legitimação dos acessos em virtude das demandas geradas conformam as redes do SUS real”;

Assim, sinalizamos a importância da construção e consolidação da RAS para a superação dos obstáculos conjunturais e estruturais que dificultam os avanços da política de saúde. Apesar dos desafios, identificamos a integralidade, em sua complexidade, como fonte para o fortalecimento e reconhecimento de um sistema de saúde voltado para a produção do cuidado.

2.3.3 A Transição do Cuidado como adubo e a integralidade como semente e fruto para o cuidado na saúde

Para o desvelamento da Transição do Cuidado em saúde, percebemos a integralidade intrínseca em todo o processo de conhecimento. Associada a constituição da política de saúde brasileira e na garantia da saúde como direito, vincula-se a compreensão e reconhecimento da saúde na sua forma ampliada e, assim, na organização da atenção à saúde. Também está presente no cotidiano das práticas de trabalho de saúde, não somente como fim, mas como produtora de cuidado em saúde. Por isso, compreendemos neste estudo a integralidade como o

caminho percorrido pela Transição do Cuidado e como sua finalidade, seu produto para consolidação da saúde como direito e potencialização do SUS.

Diante disso, para a apreensão da integralidade neste estudo recorreremos a compreensão da autora Roseni Pinheiro (2006) ao identificar o seu caráter polissêmico no âmbito das políticas de saúde, assim assumida como “uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde” (Pinheiro, 2006, p.69). Assim, conforme Kalichman e Ayres (2016) reconhecem a importância da recuperação histórica de alguns dos diversos sentidos conceituais e práticos assumidos pela integralidade ao longo da construção do SUS como estratégico para fomentar “ações políticas em defesa do SUS, de sua qualidade técnica, legitimidade social e sustentabilidade” (KALICHMAN; AYRES, 2016, p. 2).

No SUS, a integralidade constitui um dos seus pilares de construção, fundamenta a atenção dos níveis de complexidade, a articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação e a abordagem integral dos indivíduos e das famílias. Assim, o seu conceito é definido pela integração dos serviços por meio das redes assistenciais, necessários para a solução dos problemas de saúde da população. Então, associa-se também ao compromisso de garantir atenção as necessidades de saúde da população. Embora consensual, tem se mostrado de difícil realização (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Kalichman e Ayres (2016) destacam a integralidade como um dos princípios doutrinários mais desafiadores na construção conceitual prática da Reforma Sanitária, pois envolve a organização dos serviços, saberes profissionais, de usuários e de comunidade, pautado em planos de gestão e assistência e na qualidade do trabalho, em seu sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde. Sendo elemento fundamental para que os princípios da universalidade e equidade realizem de modo pleno, permitindo que o SUS possa seguir os objetivos investidos na Constituição de 1988.

Assim, concordamos com Mattos (2006) que a integralidade não é apenas uma diretriz definida constitucionalmente e expressa no SUS, ela apresenta as características do sistema, suas instituições e práticas para a transformação da realidade. O autor considera a integralidade uma “bandeira de luta”, por expressar “um

conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária” (MATTOS, 2006, p. 45).

Conforme Pinheiro e Guizardi (2006), ainda que a integralidade das ações seja definida como um dispositivo jurídico-institucional e seu conceito esteja relacionado com a dimensão da organização da assistência, permanesse mesmo assim com um objetivo de difícil apreensão e operacionalização. Assim, sinaliza como um aspecto fundamental na construção das políticas de saúde e que não poderá a sua compreensão resultar na compreensão da organização técnica baseada no saber biomédico.

Desta forma, Feuerwerker e Merhy (2008) apontam que a transformação dos modos de organizar a atenção à saúde é fundamental para a consolidação do SUS. Os autores identificam dois motivos para essa mudança. O primeiro está a qualificação do cuidado por meio de inovações de integralidade da atenção, diante da diversidade de tecnologias de saúde e da articulação das práticas de diferentes profissionais. O segundo está relacionado em adotar modos mais eficientes de utilizar os escassos recursos em saúde, considerando o modelo hegemônico de atenção à saúde, centrado em procedimentos e incorporação de tecnologias pela lógica do mercado, implicando em custo crescentes e não sendo capazes de responder às necessidades de saúde da população.

Assim, diante das dificuldades para a experimentação da integralidade, Malta e Merhy (2010) propõem uma transformação da atenção a partir das necessidades dos/as usuários/as, a partir da construção das linhas de cuidado, atravessando os níveis de atenção ou, como compreendemos neste estudo, os pontos da rede de atenção, assegurando o acesso e continuidade do cuidado. Então, referem que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, onde cada serviço tem a sua importância, como “uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita” (MALTA, MERHY, 2010, p. 597). O desafio está, então, em “conectar” essa rede assistencial de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Mas identificam também a necessidade de espaços articulados de educação permanente em rede, mudanças nos processos de trabalho, organização e integração da atenção do sistema de saúde, com isso o entrelaçamento e a complementação da macropolítica e micropolítica.

Em concordância sobre o que apresentamos até este momento sobre a reflexão da integralidade da atenção à saúde, recorremos à sistematização de Mattos (2009) sobre os sentidos da integralidade relacionados às práticas dos profissionais de saúde, organização dos serviços e as respostas governamentais aos problemas de saúde.

Sobre o primeiro sentido, a integralidade compreendida como uma atitude de certos profissionais apresenta uma ideia individualista, que esbarra na discussão sobre a organização de trabalho em equipe, de modo a garantir a integralidade. Mas também identifica que a integralidade será promovida, em alguns casos, na incorporação ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e seus processos de trabalho. Por isso, a discussão deve ser feita a partir da dimensão das práticas, assumidas pelo encontro do profissional da saúde com o usuário, o que caberá a este profissional, através de suas posturas, a realização da integralidade (MATTOS, 2006).

O outro sentido de integralidade apresentado pelo autor está relacionada à organização do trabalho nos serviços de saúde. Assim, a integralidade emerge pela organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, de ampliação da apreensão das necessidades de saúde da população e dos diferentes modos de percebê-la, através do diálogo entre os diferentes sujeitos (MATTOS, 2006).

Por último, o autor expressa o sentido da integralidade aplicável a certas respostas governamentais aos problemas de saúde na incorporação de ações voltadas à prevenção e assistência, ampliando os problemas a serem tratados pela política. Neste conjunto de sentidos, Mattos (2006) compreende que a integralidade poderá orientar na busca de respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde que são apresentadas.

Segundo Pinheiro (2009), na experiência cotidiana dos sujeitos nos serviços de saúde, o conceito ganha um sentido mais ampliado que a definição legal, pois é resultado da interação democrática entre atores na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes serviços de saúde. A sua operacionalização, como meio de concretizar o direito a saúde, significa que os “sujeitos implicados no processo organizativo” (PINHEIRO, 2008, p.258), o qual compreendemos como usuários, profissionais e gestores do sistema de saúde, apreendam os movimentos contraditórios da política de saúde, para buscar alternativas de superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços.

Em concordância com a autora, compreendemos que as questões de saúde da população estão diretamente relacionadas com a forma que vem sendo executadas as políticas sociais e econômicas no país, que reforçam as desigualdades sociais, o acirramento do individualismo, a pobreza e a discriminação, através de políticas cada vez mais excludentes, setorializadas, fragmentadas e isoladas. O que faz o princípio da integralidade na saúde, com fim na produção de uma cidadania do cuidado, ser constituído e materializado através da textura conflituosa dos encontros de diversos sujeitos e instituições. Mesmo diante de um cenário adverso, a integralidade, ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos espaços de saúde, produz experiências voltadas para a transformação da vida das pessoas, através de práticas eficazes de cuidado, pautadas pelos valores emancipatórios, fundamentados na solidariedade, autonomia e liberdade da escolha do cuidado (PINHEIRO, 2008).

Assim, conforme a reflexão de Xavier e Guimarães (2006, p.144) sobre a essencial da integralidade, “o “lugar” onde a Integralidade é essencialmente Integralidade é o cuidado”. Por ser improvável pensar na sua “materialização” sem que haja uma relação com o cuidado, ou seja, que haja um “cuidar” na relação entre profissional e usuário, na integração de saberes vários, seja na formulação de uma política ou sistema de saúde.

A reflexão sobre a integralidade na saúde não encerra neste capítulo, pois a sua apreensão nos remete a sua conexão com as demais categorias deste trabalho, desde a política de saúde, ao trabalho dos/as assistentes sociais, ao trabalho coletivo em saúde, a comunicação e formação em saúde. Como já dito, a integralidade é o produto, ela é o próprio caminho, ela é o todo, é a produção do cuidado em saúde.

3 REFLEXÕES SOBRE SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: construindo elementos para o debate sobre a Transição do Cuidado na saúde e as contribuições do/a assistente social

No cenário de extrema desigualdade e injustiça social, precariedade de políticas sociais, desmonte de direitos, restrições de recursos públicos, a pandemia desnuda as formas mais perversas da política neoliberal na precarização das condições de vida e trabalho das pessoas. Neste contexto, os/as assistentes sociais

integram as profissões que estão na linha de frente no combate ao Novo Coronavírus, inseridos/as em diversos serviços considerados essenciais das áreas da Seguridade Social no Brasil.

Neste estudo, a “linha de frente” é o cenário da pesquisa. São serviços de referência para atendimento e acolhimento da população, em especial dos casos de infecção por Coronavírus. As participantes da pesquisa são trabalhadoras da área da saúde e, no momento da coleta, a maioria estava equipada com máscaras, conforme a orientação dos órgãos de saúde, por estarem em seus locais de trabalho. As assistentes sociais, frente aos novos desafios e riscos, tiveram que reorganizar seu processo de trabalho, tanto pelos cuidados exigidos para prevenção do vírus, em relação ao cuidados de higiene pessoais e de materiais, uso de equipamentos de proteção, quanto em relação ao atendimento aos usuários diante das estratégias criadas pelos serviços para preservar a saúde dos usuários.

No capítulo que segue, abordaremos sobre as trincheiras do cotidiano do trabalho dos/as assistentes sociais no enfrentamento da pandemia. A seguir, são realizadas reflexões sobre as particularidades do trabalho dos/as assistentes sociais na saúde e a construção de elementos da contribuição da profissão para as ações de Transição do Cuidado. No próximo item, apresentamos as análises dos prontuários eletrônicos dos usuários, discutindo as limitações dos dados e a importância dos registros de trabalho da/os assistentes sociais para o planejamento das ações e como estratégia de comunicação entre as equipes. Por fim, fertilizamos o conceito da Transição do Cuidado em saúde pelo/para Serviço Social a partir das vivências e experiências das assistentes sociais nos seus cotidianos de trabalho.

3.1 As trincheiras do cotidiano do trabalho dos/as assistentes sociais no enfrentamento da pandemia

A crise sanitária provocada pela Pandemia do Coronavírus, e agravada pelo capitalismo, manifesta-se no cotidiano de trabalho dos/as assistentes sociais, expressando as formas mais violentas de exploração e apropriação do capital sobre a vida das pessoas, na falta de recursos para a manutenção da sobrevivência à exposição ao vírus que pode levar a morte. Assim, ressaltamos os desafios do

trabalho do/da assistente social na saúde, nas manifestações de dificuldades e resistência das pessoas, os seus atendimentos são as expressões reais das desigualdades do sistema capitalista. Matos (2017) reforça estas questões ao referir sobre a profissão,

o Serviço Social é uma profissão especial, pois no ofício da grande maioria dos seus profissionais está o trato com inúmeras problemáticas trazidas pelas pessoas que atendem. Na particularidade de cada vida estão expressas, aos olhos do profissional, várias dificuldades de se viver nesse mundo, mas também várias estratégias de resistência. Essas vidas - para a instituição, esses dados - são expressões vivas de que a questão social não só existe e permanece, mas se agudiza e ganha cada vez contornos mais cruéis. (MATOS, 2017, p.146).

Alguns autores da área do Serviço Social desafiam ao elaborar alguns apontamentos para subsidiar o trabalho frente de enfrentamento da pandemia. Ressaltamos que produções ocorrem no “tempo presente”, em uma conjuntura de transformações contemporâneas das condições atuais do capitalismo – contexto de crise econômica, política e social – marcado pelo crescimento dos movimentos de extrema direita, que fortalecem o conservadorismo e suas implicações na vida social, redefinição do papel do Estado e redução dos recursos destinados às políticas sociais, retrocessos de direitos sociais, alto índice de desemprego, precarização das relações de trabalho e recrudescimento das formas de exclusão, evidenciado pela falta de proteção à população indígena, às pessoas em situação de rua e à população que vive em situação de miséria, sem acesso aos recursos básicos para a sua sobrevivência. Cenário este que se intensifica na pandemia e agrava, tanto pelas formas de intervenção do governo quanto pela falta de insumos e de conhecimento sobre formas de conter a proliferação do vírus.

Diante deste contexto de profundas mudanças da realidade e da importância da discussão da saúde pública no país, nos remetemos a Matos (2017, p. 145), “tratar sobre o tema do direito à saúde é estar no “rastro dos acontecimentos”. Conforme Matos (2007), os rastros se referem à importância de uma postura investigativa, atenta e ágil frente à dinamicidade da realidade, tendo como horizonte questões que se referem ao direito à saúde, que vem sendo alvo de constantes ataques voltados às privatizações e implicam diretamente na universalização do acesso e na integralidade da atenção. O que irá implicar em novas requisições, demandas e possibilidades aos assistentes sociais no campo da saúde.

Como horizonte do exercício profissional, devemos considerar que está prevista, no Código de Ética do/a Assistente Social, a atuação frente a situações de calamidade pública, conforme artigo 3, inciso d, “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (CFESS, 2012). Matos (2020) aponta a importância das normativas da profissão como referência para o trabalho profissional, Código de Ética, Lei de Regulamentação da Profissão, Resoluções do Conselho Federal do Serviço Social (CFESS) e os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde²⁴. Assim, o autor destaca a importância de reapropriar constantemente o acúmulo ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão, como forma de fortalecimento da categoria, ou seja, “vale reler com olhos livres de quem está vendo a pandemia no agora” (MATOS, 2020, p. 243).

Acrescentamos à afirmação de Matos (2020) que os profissionais estão “vivendo” a pandemia em suas vidas, nos seus espaços de trabalho e na vida dos usuários dos serviços. Conforme Botão e Nunes (2020, p. 255) destacam em seu artigo, “somos trabalhadores e trabalhadoras partícipes da sociedade, portanto vivemos as dificuldades, temores, anseios e esperanças como os demais”. Oliveira, Paiva e Rizzini (2020) também ressaltam que os/as assistentes sociais, como profissionais assalariados, sofrem os efeitos das precarizações das políticas sociais, escassez dos direitos sociais nas suas condições de trabalho, também na sua relação direta do atendimento com a população usuária. Além disso, os efeitos da pandemia afetam os profissionais diante dos limites das ações e comprometimento com a sua segurança, das equipes e da população usuária, diante de condições de trabalho que não garantem a sua proteção.

Conforme Botão e Nunes (2020), o desafio cotidiano exige buscar caminhos na lacuna da ausência de direitos, salienta a necessidade de sistema públicos fortes e que os profissionais estejam comprometidos com um papel crítico e ativo acerca da realidade que estamos vivendo, para propor ações que visam contribuir com a dignidade e vida das pessoas. Desta mesma forma, Matos (2020) reforça a importância dos/as assistentes sociais desenvolverem ações que estejam de acordo

²⁴ Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, elaborados a partir de ampla participação da categoria profissional e promulgados pelo CFESS, enquanto um documento político, é reconhecido como uma estratégia para afirmar as referências teóricas-políticas do Projeto Profissional e pautar o debate do exercício profissional. Além de realizar uma análise sintética dos desafios postos à profissão e ao Projeto da Reforma Sanitária (SILVA; KRÜGER, 2019).

com a sua competência, resguardando o agir profissional e remando contra a sua desprofissionalização.

O cenário posto pela sociedade capitalista implica nas condições de trabalho do/da assistente social pela racionalização burocrática, leva à tendência da “desprofissionalização” por meio de alguns aspectos, tais como assalariamento, padronização, especialização, rotinização dos procedimentos. As ações, cada vez mais rotineiras, burocráticas e repetitivas, estimulam mecanismos de desqualificação profissional e, mesmo em espaços que estejam previstos parâmetros e subsídios para atuação, como no caso da saúde, os/as profissionais são demandados para atender questões que não são suas atribuições ou competências. Conforme CFESS (2010), na área da saúde, os assistentes sociais têm sido demandados a realizar diversas ações que não são suas atribuições, pela dificuldade de compreensão por parte da equipe das suas competências e condições de trabalho dos/as profissionais e gestores. As ações profissionais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, e os/as assistentes sociais precisam ter clareza das suas atribuições e competências a partir das demandas dos usuários, dados epidemiológicos e a disponibilidade das equipes para a construção conjunta das ações (CFESS, 2010).

A atual conjuntura acentua os dilemas vividos pelos profissionais nos seus campos de trabalho, relacionados com a especificidade da profissão e as demandas das instituições. Estes apontamentos foram sistematizados através das denúncias recebidas pelos CRESS e CFESS sobre as demandas que os/as assistentes sociais são “convocados” a realizar nos seus espaços de trabalho, em especial na área da saúde, que não são competências do Serviço Social, como exemplo a informação de óbito aos familiares.

Conforme já exposto neste trabalho, os impactos da pandemia repercutiram nas organizações dos serviços que, em alguns casos, suspenderam suas atividades, repercutindo no acesso dos usuários. O que pode ser compreendido pela proteção, frente aos riscos da pandemia, também está associado à precarização dos serviços e da política de saúde, pela falta de recursos humanos. Este aspecto foi abordado na coleta de dados pelas assistentes sociais, por interferir no cotidiano de trabalho, no desenvolvimento das suas ações, e assim identificaram as representações que causam na vida dos usuários que atendem nos serviços:

Agora, principalmente com a questão da pandemia, não tem visita no hospital, a maioria dos pacientes não estão com acompanhantes. Então a gente sabe da dificuldade que a maioria das equipes tem com a questão da comunicação (Participante 1).

A gente é saúde. Se a gente não puder trabalhar nessa pandemia, quem estará trabalhando? Infelizmente os ambulatórios fechados. Alguns serviços fechados estão prejudicando muito a saúde. Acho que agora chegou um momento da pandemia que a gente precisa retomar. A saúde não pode parar. A gente tem que se organizar estar protegido com EPI para o trabalho poder acontecer (Participante 3).

Por isso, destacamos a importância de refletir sobre o trabalho do/a assistente social no campo da saúde de forma crítica e propositiva sobre as demandas do Serviço Social e, com isso, elencar apontamentos que possam subsidiar as ações de Transição do Cuidado na saúde, a qual identificamos como estratégia para garantia da atenção integral à saúde diante deste cenário de pandemia versus retrocessos de direitos.

Conforme Moreira (2020, p. 57),

Iluminar o caminho da “prática profissional” é abrir o campo de possibilidades para decifrar as armadilhas do real, penetrar em suas múltiplas determinações e capacitar assistentes sociais para atuarem na revisão do quadro sistemático da negação dos direitos sociais.

Desta forma, a importância da análise crítica da realidade concreta, em seu permanente movimento, a partir das definições ético-políticas e apropriação teórico metodológica, podem contribuir para a qualificação do exercício profissional. Bem como para iluminar a efetivação da Transição do Cuidado na saúde e desvelar sua intencionalidade, identificando armadilhas, e analisar as contribuições do Serviço Social a fim de qualificar as ações. Para tanto, é essencial refletir constantemente sobre a inserção da profissão na área saúde e as influências dos determinantes sociais e históricos na compreensão da profissão na atualidade, a construção de novas estratégias para enfrentamento da realidade pois, conforme Matos (2017), são necessárias,

balizas mais claras sobre as origens dos limites postos ao exercício profissional – limites tanto estruturais da política e dos serviços de saúde, bem como das características próprias da constituição profissional no país – uma vez que identificadas nos dão melhores condições para enfrentar a realidade e construirmos estratégias, possíveis e coletivas para o aprimoramento do exercício profissional comprometido com os direitos e usuários do SUS (MATOS, 2017, p. 69).

Com amparo nas reflexões desenvolvidas até aqui, o próximo capítulo pretende adensar a relação entre o Serviço Social e a política de saúde, destacando as potências e as dificuldades.

3.2 Serviço Social e política de saúde: irmanados na construção da Transição do Cuidado

O surgimento da profissão no Brasil na década de 1930, caracterizada pela influência europeia e as condições gerais desta conjuntura, determinam a ampliação profissional, mas não há uma maior concentração de assistentes sociais na área da saúde, apesar de alguns escolas surgirem motivadas por demandas do setor e a formação ser pautada, inicialmente, em algumas disciplinas relacionadas ao campo da saúde. A partir das exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e as mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função da II Guerra Mundial, nos anos de 1945, a expansão do Serviço Social é propiciada. A influência americana substitui a europeia em nível de formação curricular e na ação profissional, onde o julgamento moral, com relação à população cliente, era substituído por uma análise de cunho psicológico (BRAVO; MATOS, 2009).

Por outro lado, a política de saúde, neste mesmo período histórico, consolida-se vinculada à assistência médica e previdenciária, assim seu caráter não universal gera uma contradição da demanda de forma excludente e seletiva, o que amplia contratação de profissionais. Desta forma, a inserção do Serviço Social na saúde é a partir de um modelo médico clínico. Mattos (2017) refere esta atuação como paramédico, pois as ações estão subordinadas às demandas médicas. Ao assistente social cabia ser o elo entre a instituição, família e usuário, a fim de viabilizar benefícios, diante de um contexto de exclusão no acesso à saúde.

O Serviço Social Médico, como era denominado, utilizava de técnicas e procedimentos do Serviço Social de Caso, visualizando a demanda individual e o engajamento do “cliente no tratamento”. Bravo e Matos (2009) apontam que o “novo” conceito de saúde, elaborado pela OMS em 1948, enfoca os aspectos biopsicossociais, favorecendo a extensão do Serviço Social na área da saúde, mas enfatizando uma prática educativa, através de uma intervenção normativa no modo

de vida da clientela com relação aos hábitos de higiene. As propostas nacionalizadoras da saúde, na década de 1950 nos EUA, como medicina integral, medicina preventiva e os desdobramentos em medicina comunitária, em 1960, não influenciaram no Serviço Social. A predominância das ações do Serviço Social prevaleceu em nível curativo e hospitalar, pois o *locus* central era a inserção de assistentes sociais em hospitais e ambulatórios.

As transformações após o golpe militar, em 1964, tiveram rebatimentos no trabalho do/da assistente social na área da saúde, orientado pela vertente conservadora, desenvolvendo ações da prática curativa. O serviço social da época não questionava a ordem sócio-política e nem se preocupava em inserir a profissão numa moldura teórico-metodológica. A renovação do Serviço Social, exigida pela perspectiva modernizadora, utilizava-se de aportes extraídos do estrutural funcionalismo norte-americano (BRAVO; MATOS, 2009).

A década de 1980 é um marco importante, tanto para a política de saúde brasileira quanto para compreender a profissão na atualidade. O período de redemocratização do país consolida o projeto da reforma sanitária, que apresenta em sua origem a negação da política de saúde historicamente tratada no país e contrária à ditadura militar, apresentando assim duas grandes características fundamentais para a estruturação da política de saúde no país: a inovadora concepção de saúde, a partir de seus condicionantes e determinantes, e a constituição de um sistema de saúde público e estatal, com acesso universal. Bravo e Matos (2009) destacam que o SUS é uma estratégia inconclusa do projeto da reforma sanitária, visto o processo de desconstrução que sofreu antes mesmo de ser implantado no país, e até hoje vem sendo alvo de ataques de aniquilação.

Nesta década, o Serviço Social passa por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social tradicional, e disputa da direção social da profissão. Este período “significa o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura – e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 34).

Bravo e Matos (2009) identificaram que, apesar do debate da categoria, não houve nexos diretos com as discussões da saúde na época. Com isso, os autores destacam a necessidade de recuperar hoje as lacunas deixadas na qualificação da prática profissional, pois a vertente de intenção de ruptura cresceu na busca de

fundamentação e da consolidação teórica, mas não apresentou mudanças significativas na intervenção e cotidiano dos serviços.

A nossa experiência como assistente social na área da saúde, em um contexto hospitalar, nos permite contrapor que o trabalho que se desenvolve hoje é realizado numa lógica contrária à inicial do Serviço Social em hospitais. Apesar de na instituição hospitalar predominar o modelo médico centrado em um enfoque curativista, os/as assistentes sociais estão inseridos nas equipes multiprofissionais, favorecendo o planejamento das ações para o reconhecimento das necessidades dos usuários e os determinantes que interferem o processo de adoecimento, fortalecendo as ações em rede.

Na década de 1980, o Serviço Social se reconhece como uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho, que tem como matéria-prima de trabalho a questão social. As configurações da questão social integram tanto determinantes históricos, dimensão objetiva, que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história. Desta forma, expressa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, em uma arena de lutas políticas e culturais entre projetos societários de distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais (IAMAMOTO, 2001).

Conforme Martinelli (2011), o Serviço Social caracteriza-se como área de conhecimento e intervenção profissional, com significado social consolidado com a relação com as demais profissões e práticas societárias mais amplas, que buscam a democracia e justiça social. Na área da saúde, Silva e Krüger (2019) acrescentam que a atuação e a ampliação das áreas de intervenção profissional do Serviço Social modificaram a partir da regulamentação do SUS e com a definição do conceito ampliado de saúde.

Matos (2017) destaca que, apesar da distinção entre o Projeto Ético Político do Serviço Social, que é de uma corporação profissional mas tem como foco central a função social da profissão na sociedade, e o Projeto da Reforma Sanitária, projeto de política social que se materializa também como um serviço, “ambos os projetos têm uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa” (MATOS, 2017, p.103).

Compreendemos que a conjuntura, desde o início dos anos 1990, não é favorável para a efetivação de ambos. Tanto o Projeto Ético Político do Serviço Social quanto o Projeto da Reforma Sanitária confrontam com o projeto político econômico consolidado no Brasil. O Projeto da Reforma Sanitária começa a ser questionado, e a saúde passa a ser vinculada a uma proposta de mercado e de privatizações, assim apresentando diferentes requisições ao Serviço Social, como ações de cunho assistencialista, pautadas na ideologia do favor e fiscalizatória, que são demandadas até hoje aos profissionais. Identifica-se que a ofensiva conservadora, vinculada ao projeto privatista de saúde, intensifica o embate expresso no discurso de cisão entre o estudo teórico e a intervenção, com a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão sócio técnica do trabalho, e distanciar do objeto da profissão na área da saúde. Por isso a importância da vinculação ao Projeto da Reforma Sanitária para refletir sobre a prática profissional, pois este projeto busca a democratização do acesso ao serviço de saúde, com estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO, MATOS, 2009).

Conforme Martinelli (2011), as determinações políticas, econômicas, históricas e culturais estão presentes no atendimento demandado e nas respostas oferecidas pelos Assistentes Social, que devem ser pautadas pelos valores éticos que fundamentam a prática do Serviço Social, com base no Projeto Ético-Político da profissão e no do Código de Ética do Serviço Social.

Vasconcelos (2009) analisa, em sua pesquisa, um discurso da categoria profissional na área da saúde de consolidação entre o projeto Ético Político do Serviço Social e o Projeto da Reforma Sanitária, que não se constrói na prática concreta, e reforça o objetivo institucional, contrário aos objetivos propostos em ambos os projetos. Este descompasso entre os projetos é identificado na atualidade, e Mattos (2017) aponta dois principais fatores. O primeiro deles é a não efetivação da saúde enquanto direito e a preconização dos princípios do SUS, o que implica diretamente no trabalho coletivo da saúde, fomentando a fragmentação das ações e o foco na doença propriamente dita.

Desta forma, identificamos um elemento importante das ações da Transição do Cuidado na saúde para qualificar o trabalho coletivo em saúde, na promoção e potencialização da comunicação entre os sujeitos envolvidos no processo de

produção de saúde e cuidado – profissionais de diversas áreas e serviços, usuários e cuidadores – e propõe o planejamento destas ações, contribuindo para qualificação da interdisciplinaridade na saúde de forma contínua, em consonância com os princípios do SUS.

O outro fator apontado por Matos (2017) é a nebulosa concepção sobre as particularidades das profissões no âmbito do SUS, inclusive do Serviço Social. Com isso, refere que a profissão não dispõe de instrumentos ou saberes que sirvam exclusivamente para atuação na área da saúde. Destaca que não há saber exclusivo do Serviço Social em nenhuma área de atuação, mas existem particularidades que precisam ser desvendadas. Assim, reitera que a profissão atua sobre as diferentes formas que se expressa a questão social, que se apresentam metamorfoseadas em falsos problemas, identificados em alguns momentos vinculados a sociedade outros aos indivíduos, mas raramente como crias próprias das desigualdades geradas pelo modo de acumulação capitalista. Assim, na área da saúde, é fundamental a compreensão dos determinantes de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários, as formas que se manifestam os determinantes e condicionantes de saúde no processo saúde/adoecimento é o objeto de trabalho do/da assistente social neste campo. A apreensão pelos/as assistentes sociais do conceito ampliado de saúde como prioridade nas suas ações se apresenta como potência na participação da Transição de Cuidado pois ainda se identifica um modelo de intervenção em saúde centrado na doença predominante na lógica de saúde médico centrada. Os/as assistentes sociais ao se apropriarem do conceito ampliado de saúde tem como perspectiva a integralidade e, portanto, a integração das políticas públicas. De acordo com as indicações da OMS contribuem para a construção de estratégias para o desenvolvimento da Transição do Cuidado para além dos fatores clínicos da saúde. Assim, como foi expresso na coleta em grupo pela materialização do trabalho, as participantes trouxeram a importância da inserção dos/as assistentes sociais para qualificar a Transição do Cuidado pela compreensão da saúde de forma ampliada, não reduzindo apenas à doença, às condições de vida dos usuários e à articulação da rede de serviços:

O assistente social tem um olhar direcionado para outras questões não para a questão clínica e por isso consegue perceber algumas questões de violência e outras questões que influenciam na saúde do paciente. (Participante 2).

Então se eu identifico alguma demanda que precisa ser feita a articulação com a rede, não só com a rede de saúde. Porque a nossa atuação fica muito mais ampla nessa TC porque a gente também tem que articular a Política de Assistência Social. Outras questões como também, o INSS. Isso também faz parte dos cuidados em saúde, a agente está falando aqui de uma saúde ampliada. (Participante 3).

A referência das ações profissionais ao Projeto Ético Político do Serviço Social e ao Projeto da Reforma Sanitária possibilita a compreensão ao profissional se ele está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários e se está em consonância com os princípios do SUS. Porém, a indagação que se coloca é, como os profissionais irão desenvolver suas ações na perspectiva de efetivação dos direitos sociais, em um contexto em que a Política Neoliberal intervém fortemente para o desmonte do SUS, reforçando um projeto de mercantilização da saúde com um conjunto de medidas restritivas e privatizantes, que exige dos/as assistentes sociais uma prática de cunho assistencial e emergencial, com o objetivo de ajustar os usuários aquilo que é imposto pelo sistema?

Iamamoto (2006) ressalta a importância de analisar o atual quadro histórico, não como um pano de fundo, para que depois se discuta o trabalho profissional, mas sim considerar que ele atravessa o cotidiano do exercício profissional, afetando tanto as condições e relações em que se realizam este exercício, como a vida da população usuária. Reiterando as contribuições, Martinelli (2011, p. 498) aponta que

como profissão de natureza eminentemente interventiva, que atua nas dinâmicas que constituem a vida social, participa do processo global do trabalho e tem, portanto, uma dimensão sócio-histórica e política que lhe é constitutiva e constituinte.

Ao compreender que o Serviço Social, como especialização do trabalho coletivo no processo produção e reprodução das relações sociais, está submetido a uma lógica de trabalho capitalista e, por isso, há um conjunto de determinações sociais: o trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras (COSTA, 2009).

De acordo com Raichelis (2011), a condição de trabalhador assalariado faz com que os organismos empregadores, estatais ou privados, forneçam os meios e instrumentos para o desenvolvimento das atividades, definem as demandas e condições do exercício profissional, além de definir as dimensões ou recortes da questão social a serem trabalhadas. O que demonstra que os profissionais não

possuem o controle sobre as suas condições e meios de trabalho, mediatizadas por instituições públicas e privadas, implicando na relativa autonomia na condução de suas atividades para uma autonomia controlada.

Assim, o Serviço Social, enquanto profissão inserida em processos de trabalho na saúde, vivencia os impactos do avanço neoliberal. Os processos de precarização das condições de trabalho são terreno fértil para a reatualização do conservadorismo na profissão. O conservadorismo se faz presente dentro da profissão e pode ser compreendido através dos elementos presentes na ação, formação e produção de conhecimento. Conforme Keller (2019, p. 168),

(...) o que gera uma debilidade na atuação profissional de cunho crítico, deixando os profissionais à mercê de práticas imediatistas, burocráticas e pragmáticas. Está ainda na formação profissional, flexibilizada e aligeirada por uma conjuntura que mercantiliza o direito à educação e prepara profissionais para o “mercado” sem, contudo, ofertar-lhes embasamento técnico e teórico para enfrentar as expressões da “questão social”. E se renova também na medida em que a academia e a produção de conhecimento se afastam da realidade que está inserida e dos desafios atualizados que ela apresenta, se negando a ser uma dimensão integrante do exercício profissional por se afastar do chão histórico em que assistentes sociais atuam, bem como não proporcionando instrumentos válidos para refleti-la em sua totalidade.

Apesar da hegemonia da profissão na perspectiva crítica, as mudanças na relação entre Estado e sociedade favorecem a revitalização do conservadorismo no seio da profissão, a partir da presença de alguns segmentos da profissão com fortes traços messiânicos e voluntaristas no trato na profissão e da questão social. Assim, conforme Iamamoto (2006, p. 105), “é frequente a presença de um sentimento de auto-culpabilização na abordagem dos limites da ação profissional, metamorfoseados em responsabilidade do indivíduo, como se fossem expressão de falhas pessoais no enfrentamento dos “males sociais””. Keller (2019) identifica, em seu estudo, que a conjuntura contemporânea tem sido favorável com a ideia de dicotomia entre teoria e prática. O que implica em um resgate no exercício profissional da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos, reforça práticas imediatistas, psicologizantes e individualizada, e favorece a defesa do Serviço Social Clínico por alguns segmentos profissionais.

No campo da saúde, conforme CFESS (2010), os profissionais não devem desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelos usuários, mas identificam como uma tentativa de obscurecer a função social da profissão social e técnica do trabalho e, com isso, a profissão no seu cotidiano de trabalho se distancia do objeto da

profissão, que passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões.

Desta forma, estas abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas reforçam as práticas conservadoras, que naturalizam as expressões da questão social, tratando as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente. Assim, Keller (2019) defende que o rompimento deste ideário passa pela apreensão do real em sua totalidade, através dos fundamentos estruturais e conjunturais. Para qualificar a compreensão das demandas postas aos assistentes, é necessário também “a apreensão das demarcações postas no âmbito da governabilidade para as políticas sociais, o que imprimirá as balizas da atuação profissional” (KELLER, 2019, p.146).

Matos (2017) refere que é impossível, na prática de trabalho do/a assistente social, não saber como as configurações do capitalismo inscrevem-se na vida das pessoas. Assim, considera que os/as assistentes sociais atuam sob o fogo cruzado. O autor refere o fogo cruzado como expressão, dois fogos vindos de direções contrárias e, por isso, é impossível ficar no meio. Assim, reforça a importância do posicionamento profissional, pois não é possível mediar interesses contrários sem favorecer um dos polos. Diante desta reflexão, identificamos como um desafio para o assistente social, ao participar de a Transição do Cuidado na saúde, analisar de forma crítica qual a intencionalidade da ação e se de fato está fundamentada nos princípios da saúde, atendendo às reais necessidades dos usuários. Reiteramos que a Transição do Cuidado atravessa a política de saúde envolvendo outras políticas sociais sendo acolhida pelo Serviço Social, na perspectiva de Matos já citada anteriormente, por ser uma profissão que dispõe de instrumentos e/ou saberes para atuar para além da área da saúde, tendo a competência de integrar as políticas necessárias para dar respostas à realidade.

Assim, consideramos fundamental compreender as contradições da complexidade da política de saúde e da saúde como direito universal, a partir de uma análise crítica à luz da totalidade para o desvendamento dessa realidade, para que seja capaz de romper com a aparência e o reducionismo, no processo de apreensão do real (BISCO E SARETA, 2019). Ou, como Nogueira e Mito (2009) atentam, os profissionais “não serem seduzidos pelo canto da sereia”, seguindo os encantamentos

do mercado, em direção oposta ao Projeto Ético Político do Serviço Social, de forma acrítica, sem clareza ou desconhecimento dos projetos em confronto.

O Serviço Social, de acordo com Costa (2009), se legitima na saúde nas lacunas da não efetivação do SUS, por isso refere que se constrói “pelo avesso” no processo coletivo de trabalho na saúde, ou seja, a utilidade da profissão é afirmada nas contradições fundamentais da política de saúde. Nesta perspectiva, a intervenção da profissão vem sendo solicitada para a construção de alternativas frente às demandas imediatas não contempladas pelo SUS, ou rotinas institucionais que burocratização ou impedem o acesso da população aos serviços e recursos de saúde.

Para Nogueira e Mito (2009), a lógica de organização do trabalho na saúde, caracterizada por plantões e, assim, a recepção pacífica das demandas explícitas dirigidas ao Serviço Social – procura espontânea, encaminhamento da equipe/rede interna, e da rede externa – não possibilitam condições de subtrair o que está aparente das demandas, e captar o que está oculto manifestado pelo usuário, não sendo consideradas como demandas coletivas por serem apresentadas individualmente. Bisco e Sareta (2019, p. 79) destacam, sobre a prática profissional, “(...) é preciso um esforço para ultrapassar a imediaticidade dos fenômenos apresentados à população, que culpabilizam, individualizam, e retiram a responsabilidade do Estado e dos seus determinantes estruturais”.

Matos (2017) ressalta um desafio do exercício dos/das assistentes sociais nos serviços de saúde, referente às demandas solicitadas à profissão. Os serviços estão organizados em uma lógica de estrutura para atenderem à doença. As condições de vida da população usuária são consideradas como “problemas”, e as suas “respostas” são encaradas como responsabilidades exclusivas do Serviço Social. À alta médica, que é tão cara a discussão da Transição do Cuidado na saúde, quando identificada alguma dificuldade de autonomia do usuário na sociedade capitalista, são alvos exclusivos para a solução dessas questões como sendo apenas do profissional do serviço social. Os Parâmetros de Atribuições dos/das Assistentes Sociais na Saúde também indicam sobre a participação da/o assistente social junto às equipes para preparação e planejamento da alta hospitalar, assim indicam que é fundamental o acompanhamento dos usuários e/ou família durante o processo de hospitalização, para indicar as demandas ao profissional no processo de alta e, com isso, a alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente (CFESS, 2010).

Assim, Mattos (2017) aponta duas reduções que são constantes do trabalho do/da assistente social nos serviços de saúde que, apesar de todos os avanços na discussão e teorias, ainda é um desafio na prática coletiva em saúde, do trabalho: pôr para o/a assistente social a resolução de problemas que são próprios do capitalismo; e a crença de que é possível resolver esses problemas estruturais por meio de políticas sociais do capitalismo.

Entendemos que estas reduções perpassam pela compreensão das políticas sociais como um campo privilegiado de atuação do/das assistentes sociais, e estratégias para o enfrentamento das expressões da questão social, mas não um fim em si mesmo. Compreendemos também que são dirigidas a partir do arranjo político, e suas características estão de acordo com o direcionamento político do governo que está no poder (KELLER, 2019; MATOS, 2017).

Desta forma, Matos (2017) reforça a necessidade de aprofundar a discussão do trabalho do/da assistente social a partir do que caracteriza a nossa intervenção, o resgate do conceito ampliado de saúde e a interface da profissão com outras áreas, como assistência social, e campos de atuação, como gestão e educação em saúde, por exemplo.

Diante disso, consideremos que as ações da Transição do Cuidado, por articular com vários sujeitos implicados no processo de produção da saúde e das redes de serviços e proteção dos usuários, favorecem a problematização destas realidades em um contexto de privação de direitos, a partir da apreensão de suas raízes e do significado dessas demandas, possibilitando desta forma a construção coletiva de “novas” estratégias e de visibilidade às demandas da população que se apresentam nos espaços de saúde.

Outro elemento que destacamos como importante sobre a contribuição do/das assistentes sociais na saúde, ao compreender a Transição do Cuidado como estratégia para garantir o cuidado integral, é a consideração de Nogueira e Mito (2009) de que a ação cotidiana do/das assistentes sociais têm papel fundamental na construção da integralidade em saúde, pois a prática profissional tem como base o conceito ampliado de saúde. Este princípio permite identificar outros componentes relativos ao enfoque do direito à saúde, tendo como pilares a intersetorialidade e interdisciplinaridade, viabilizar e concretizar os princípios da universalidade de acesso

e equidade em relação aos direitos sociais e, com isso, a superação do modelo paramédico, típico do modelo biomédico.

Além disso, ressaltamos, conforme contribuições da autora Costa (2009), que o/a Assistente Social na área da saúde atua na perspectiva da integralidade das ações ao ser considerado como um “elo orgânico” entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais. Mattos (2017) refere que o êxito no trabalho dos/as assistentes sociais depende da articulação de uma rede de serviços e de profissionais, dentro e fora do seu local de trabalho. O que apresenta como uma das particularidades do trabalho do/a assistente social na Transição do Cuidado, por estar implicitamente relacionada à comunicação entre os profissionais e a articulação da rede para garantia da continuidade do acompanhamento em saúde. Assim, também expresso pelas assistentes sociais:

(...) a Transição do Cuidado ela pode ser feita por todos os profissionais. Mas acaba que na maioria das vezes a gente faz muito bem isso. A gente entra em contato com a rede para acionar o CRAS, CREAS, unidade de saúde. Justamente por outros profissionais de saúde estarem mais implicados na questão clínica do paciente. (Participante 1).

A Transição do Cuidado na saúde viabiliza o planejamento das ações e as proposições do trabalho coletivo em promover saúde. Assim, as/os assistentes sociais, ao planejar suas ações, segundo Nogueira e Miotto (2009), oferecem instrumentos teóricos para captar o movimento da realidade social e, ao projetar suas ações, transformam em recurso vivo, cada vez mais qualificado, para contribuir com os usuários por transformações das suas condições de vida e trabalho.

Cabe destacar a importância da participação do/a assistente social na produção do cuidado em saúde. Reiteramos que o cuidado é a finalidade do trabalho em saúde, para atingir a produção de saúde, comprometidos com as necessidades dos usuários. Castro (2007) considera importante abordar o cuidado em saúde como uma questão teórica e técnica, a fim de contribuir para a maturação e qualificação dos conhecimentos do Serviço Social nesta área. As ações do Serviço Social estão intrinsecamente relacionadas ao cuidado em saúde. Ao considerar as implicações do processo de adoecimento na vida as pessoas, ressaltamos as contribuições de Silva e Rodrigues (2019) à relevância das ações de cuidado em saúde:

Nem todos os problemas de saúde podem ser curados, mas podem ser cuidados para diminuir o sofrimento e/ou o próprio impacto da doença, compartilhando com os usuários e seus familiares a construção de

alternativas para o enfrentamento de seus problemas. (SILVA; RODRIGUES, 2015 p. 43).

O/a assistente social é também gestor do cuidado, articulando as dimensões da vida dos usuários por meio de suas intervenções. Silva e Rodrigues (2015) identificaram, em sua pesquisa, que o cuidado aparece como constitutivo das ações profissionais do/da assistente social e está subjetivamente na prática profissional, considerando o modo de olhar o usuário dos serviços numa perspectiva integral, o levantamento de recursos necessários para que o cuidado que necessita seja realizado, as informações prestadas quanto aos direitos, as articulações dos caminhos que o usuário pode percorrer para ampliar seu acesso aos serviços. Assim, estas ações estão vinculadas a gestão do cuidado em saúde, ao remeter à organização dos serviços e das práticas em saúde, como eixo orientador a integralidade e as necessidades de saúde dos usuários.

Em sintonia com Silva e Rodrigues (2015), as assistentes sociais identificam as particularidades do trabalho em saúde na perspectiva de gestão de cuidado, associado à qualificação da Transição do Cuidado:

Acho que esse é o diferencial de muitas vezes não traduzir a parte clínica, mas com a escuta mais qualificada, entendo mais a situação e o contexto daquela família as vezes a gente consegue auxiliar para que eles entendam os cuidados paliativos, receber o diagnóstico de uma maneira diferente, entender melhor o segmento do tratamento, dos cuidados em casa. Acho que muitas vezes a gente consegue com essa escuta e conhecendo esse contexto todo consegue qualificar a TC de várias formas não só com os contatos com a rede, mas também com essa comunicação direta com a família. (Participante 1).

Na questão do cuidado paliativo aqui no serviço a gente é muito usado para isso, para fazer uma escuta ativa. Poder conversar com o paciente, apoiar o paciente, motivar o paciente. Também nos chamam muito para fazer isso também, não só para encaminhamentos. (Participante 2).

Assim, segundo Silva e Rodrigues (2015) ao analisar a relação do Serviço Social e a produção do cuidado em saúde deve compreender que o cuidado em saúde possui uma dimensão integral e parte do reconhecimento das necessidades dos usuários em saúde e os/ as assistentes sociais tem como objeto de trabalho em saúde identificar e intervir nessas necessidades, por meio de ações individuais e coletivas, essenciais para efetivar o cuidado em saúde e o fortalecer do protagonismo dos usuários no processo de saúde e adoecimento.

No atual contexto de saúde, em meio às incertezas e inseguranças agravadas pela pandemia, num cenário de desmonte de direitos e precarização das condições

de vida da população, os/as assistentes sociais são conhecedores das agruras dos usuários e problemas do SUS. Esta reflexão sobre o trabalho do/a assistente social ressalta a importância para a profissão conhecer os fundamentos destes problemas e articulá-los com as suas raízes, para projetar ações mais factíveis com as reais necessidades dos usuários. Além disso, problematiza a importância de suspender o entendimento sobre as atividades realizadas para compreender a sua intencionalidade, o que nos remete que às ações da Transição do Cuidado em saúde, deve estar estritamente vinculada aos princípios do SUS, não somente no discurso, mas na proposição efetiva das ações.

Identificamos que, no campo da saúde, a relação entre o Serviço Social e a Transição do Cuidado pode tanto favorecer as ações em saúde, na compreensão do conceito ampliado da saúde, e efetivação do trabalho intersetorial e interdisciplinar, quanto contribuir para a compreensão do papel do/a assistente social nas equipes de saúde, além de qualificar as ações em saúde, ao propor intervenções entre as diferentes áreas do cuidado, propiciando que as necessidades dos usuários sejam compartilhadas entre as diferentes equipes e a incorporação das ações do/a assistente social no planejamento das ações na produção de saúde na perspectiva da sua integralidade.

3.3 Análise dos dados dos prontuários eletrônicos

Na pesquisa documental realizada nos prontuários eletrônicos, com o objetivo de investigar o perfil dos/as usuários/as e o trabalho do/a assistente social, foram analisados 70 prontuários dos usuários correspondendo há 3 (três) dias de trabalho do Serviço Social vinculado a internação hospitalar. Em cada prontuário foram analisados todos os registros dos atendimentos realizados pelo Serviço Social no ano de 2019. Devido a infinitude das informações não foi possível identificar o universo desta amostra, os dados se repetem e por isso não foi necessário seguir na coleta. Diante destas informações coletadas identificamos que os dados não contribuíram de forma relevante à pesquisa em comparação a riqueza das falas das assistentes sociais

nos grupos, que puderam expressar de uma forma mais detalhada como se materializa o exercício profissional na saúde.

Os prontuários eletrônicos dos usuários como fonte de pesquisa servem para compreender como a intervenção do Serviço Social tem sido construída no cotidiano de trabalho. Na área da saúde o prontuário dos usuários quando registrado pelas diferentes profissões, são denominados como prontuário único do usuário, possuindo o seguinte propósito: “a existência do prontuário único e o registro nele por todos os trabalhadores que atendem o usuário pode ser um elo na compreensão das diferentes dimensões que envolvem o processo saúde-doença enfrentado pelo usuário” (MATOS, 2017, p. 130). Assim, com base no princípio da integralidade do SUS o prontuário único possibilita a visão integral do usuário. Além disso, os prontuários e seus registros são instrumentos para realização de investigações, avaliações e planejamento da intervenção profissional e políticas públicas.

Sousa (2008) refere os registros profissional dos/as Assistentes Sociais são instrumentos indiretos ou “por escrito”, tratando como uma das categorias de linguagem utilizada pela profissão: linguagem escrita ou indireta. Assim, possibilita que outros profissionais e/ou instituições tenham acesso as informações das intervenções desenvolvidas pelos/as assistentes sociais e com isso implicando que desenvolvam suas ações com base nestas intervenções. Para Matos (2017, p. 121) “o registro do exercício profissional é uma das expressões da materialização da intervenção profissional, que se realiza num contexto do trabalho coletivo, terá a sua forma e conteúdo (o registro) também determinado por esse trabalho, ainda que essa não seja a única determinação”

Segundo as assistentes social no grupo de coleta de dados os registros são essenciais nas ações de Transição do Cuidado para favorecer a comunicação entre os profissionais, serviços e usuários. Identificando a importância da qualidade dessas informações para efetivar as ações integrais em saúde e o trabalho coletivo em saúde:

Uma coisa que é um desafio, que é importante, é os registros. (...) quanto melhor os nossos registros mais fluidez no trabalho vai ter. Isso não só para nós do Serviço Social. A gente pega umas notas de alta, que a gente não sabe nem o que o paciente teve, se foi acompanhado pelo Serviço Social ou não, se teve demanda. Isso é um desafio como um todo na Transição do Cuidado são os registros (Participante 3)

Desta forma ressaltamos a importância dos registros como estratégia para fomentar a comunicação entre a equipe e a integração deste trabalho. Mas não desconsideramos a resistência e dificuldades no cotidiano de trabalho dos profissionais em lerem as informações registradas e compreenderem a importância desta interlocução para potencializar as ações em saúde.

Os prontuários são fontes para ações de planejamento e pesquisa na saúde comprometidos com a necessidades dos usuários e com o direito à saúde. Conforme Miotto e Nogueira (2009) o planejamento em saúde é utilizado de forma ampla e em diversos espaços e dimensões, para implantação do SUS e formalizar as políticas de saúde, gestão e gerência dos serviços e como técnica vinculada à orientação da ação profissional.

Ao entender o planejamento na saúde relevante para qualificar as ações do trabalho coletivo em saúde apresentamos os principais dados identificados na análise dos prontuários. Sobre o perfil dos usuários em saúde constatamos que 57% são do sexo feminino e 43% são masculinos, o que podemos associar o debate de gênero nas ações de Transição do Cuidado. Referente a faixa etária 46% são idosos acima de 60 anos e 43% pessoas de 40 a 59, o que pode direcionar a discussão sobre pessoas em condições ativa de trabalho e as condições de saúde. A procedência dos usuários é de 31 pessoas da capital de Porto Alegre, 30 da região metropolitana, assim a Transição do Cuidado no âmbito hospitalar não se restringe aos limites dos programas e serviços municipais da região da instituição, o que se pode evidenciar as disparidades das ofertas de serviços em cada região comprometendo as ações. Sobre o diagnóstico dos usuários avaliamos as limitações em coletar os dados, utilizamos as notas de alta disponibilizadas na tentativa de identificar os principais diagnósticos dos usuários. Mas conforme a fala das assistentes sociais sobre a nota de alta também identificamos que a linguagem técnica escrita no documento, falta de clareza e ausência de informações como empecilhos para compreensão do diagnóstico por parte das pesquisadoras e isto prejudicou o vigor científico da pesquisa. Além disso, atribuímos que as pesquisadoras são assistentes sociais e não possuem competências técnicas para um interpretar de forma mais aprofunda as questões clínicas dos usuários.

Referente ao exercício profissional dos/as assistentes sociais nas aproximações iniciais com os prontuários percebemos as limitações dos registros

sobre as intervenções realizadas pelos/as assistentes sociais para análise. Associamos a grande quantidade de demanda dos profissionais e a burocratizadas das ações o que pode prejudicar as informações registradas. Além disso, também vinculamos ao debate do sigilo profissional, pautado pelo código de ética profissional do assistente social²⁵.

Para o Serviço Social um dos desafios apresentados são quais as informações que devem ser registradas. Matos (2017) aponta que a resposta deve-se passar pela intenção do objetivo da intervenção dos profissionais e a relação do que a instituição lhe demanda. Cabendo também a reflexão sobre o ideal e o real do trabalho coletivo em saúde e com isso as ações desenvolvidas no trabalho dos/as assistentes sociais consideradas como exceções. O autor destaca a importância do planejamento do trabalho para encontrar a intencionalidade dos registros profissionais. Assim, os registros realizados de forma adequada poderão contribuir para a sistematização da prática e dimensão investigativa, com vista de aprimorar o exercício profissional.

Conforme já mencionado neste trabalho destacamos que na área da saúde o Assistente Social tem o objetivo de identificar os determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos que atravessam o processo saúde-doença dos usuários afim de construir coletivamente estratégias para o seu enfrentamento.

Conforme os Parâmetros de Atuação do assistente social na área da saúde (2010) os assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos que devem ser articulados dentro de uma concepção de totalidade, são estes: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Os dados coletados nos prontuários referentes a intervenção das assistente sociais estão associados ao atendimento direto aos usuários, refletindo a assistência em saúde propriamente dita. Predomina nos registros as abordagens com usuários e familiares através de intervenções de encaminhamentos para acesso à recursos e serviços das políticas sociais, articulação da rede de serviços de saúde e socioassistenciais e orientações de benefícios previdenciários.

Conforme já expostos nos 70 prontuários foram analisados todos os atendimentos realizados pelo Serviço Social durante o ano de 2019, por isso cada

²⁵ Conforme Capítulo V, parágrafo único, do código de ética do assistente social, “em trabalho multidisciplinar só poderá ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.” (BRASIL, 2012).

usuário pode ter mais de um atendimento e diferentes tipos de intervenções neste ano.

Através dos dados identificamos que as intervenções das assistentes sociais são associadas a dimensão ampliada do conceito de saúde, envolvendo as condições de vida e trabalho dos usuários para além do quadro clínico, reconhecendo a importância de serem socializadas para os outros profissionais da realidade vivida pelos usuários

Reitera-se com os dados sobre o papel dos/as assistentes sociais na área da saúde para a articulação da rede de serviços com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado. Consideramos aqui a apreensão das profissionais do conceito ampliado de saúde e conforme Matos (2017, p.117) “que na instituição de saúde é o Serviço Social que vem sendo, em geral, o responsável pela articulação da vida do usuário para além dos muros de saúde”. Assim, as assistentes sociais no grupo salientam a importância da profissão na Transição do Cuidado:

(...) nós como assistentes sociais somos por natureza quem faz as transições do cuidado nas equipes de alguma forma. Então eu acho que a nossa formação nos permite. Nós temos ferramentas para fazer isso. Talvez onde nós estamos inseridos no momento tenha que ser feito uma sensibilização com as equipes sobre a transição do cuidado (Participante 3).

Nesta fala também identificamos a construção das estratégias que podem ser construídas para a corresponsabilização das outras profissões nas ações e com a atenção integral em saúde. Em consonância com as ações de qualificar a Transição do Cuidado indicadas pela OMS com o objetivo de garantir o atendimento do cuidado continuado as assistentes sociais ressaltam a importância de um prontuário único, como instrumento de comunicação para articular além dos muros da instituição, conforme depoimento a seguir:

(...) um prontuário que fosse integrado na verdade, não somente o da instituição, mas um prontuário integrado do atendimento realizado no hospital que desse sequência (Participante 5).

Apesar dos avanços das discussões na saúde para um atendimento integral ainda são identificadas ações que não são atribuições/competência dos/as assistentes sociais como o pedido do transporte de alta hospitalar para fora do município. Estas demandas conforme os Parâmetros de Atuação dos Assistente

Sociais na saúde são requisitadas historicamente pelas equipes e empregadores frente as condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais. Associadas ao contexto neoliberal e a disseminação do conservadorismo que influencia no trabalho do assistente social, conforme já discutido neste estudo.

Vasconcelos (2009) problematiza que os assistentes sociais negam o caráter institucional e coletivo dessas demandas. Pois somente nesta perspectiva serão enfrentadas coletivamente e evidenciadas nos espaços institucionais a partir dos interesses dos usuários e da saúde como direito.

Com isso, compreendemos que as informações registradas de forma qualificada nos prontuários são fonte para ações de planejamento e pesquisa para contribuir na melhoria dos serviços e no acesso da saúde enquanto direito comprometimento com as necessidades dos usuários. Sobre o exercício profissional do/a assistente social apresentado na análise dos dados dos prontuários foi que para os fins deste estudo estaríamos percorrendo um caminho de volta para o interior da instituição hospitalar, indo na contramão da proposta desta pesquisa de problematizar a Transição do Cuidado no sentido da integralidade da atenção e do conceito ampliado à saúde, envolvendo todos os serviços da RAS e demais políticas intersetoriais.

3.4 A interface entre trabalho coletivo, comunicação e formação em saúde na construção do conceito da transição do cuidado pelo/para serviço social

Neste processo de construção do que seja a Transição do Cuidado em saúde a partir dos depoimentos das assistentes sociais sobre as próprias vivências e percepções identificamos a relação entre o conceito de Transição do Cuidado e o conceito ampliado em saúde, compreendendo a saúde para além da doença mas através dos seus determinantes e condicionantes como habitação, educação, saneamento básico, lazer, cultura, entre outros, com ênfase na valorização da autonomia e no reconhecimento das necessidades dos usuários como centrais. Há em suas falas a nitidez de que as ações e responsabilidades não são exclusivas de uma única profissão, mas dependem do trabalho coletivo em saúde, conceito que será adensado no decorrer do texto. As assistentes sociais identificam que existem

desafios nos cotidianos de trabalho a serem tensionado e superados, principalmente porque essas experiências profissionais se dão em um cenário que reforça a precarização da saúde pelo ideário neoliberal já abordada neste estudo, assim reitera a importância da participação dos/as profissionais da saúde sobre a Transição do Cuidado para que qualificar suas ações na perspectiva da atenção integral. Segundo as falas das assistentes sociais:

“(...) porque a gente não faz a Transição do Cuidado sozinha. Não é o Serviço Social dentro do Hospital, do Programa de Atenção Domiciliar, do Escritório de Gestão de Altas, dentro das Unidades de Saúde que vai fazer a Transição do Cuidado sozinha. As equipes, a gente trabalha em equipes, as equipes também têm que fazer esse processo. O Serviço Social tem possibilidade de disparar um Transição do Cuidado de qualidade” (Participante 3).

Através dos depoimentos as assistentes sociais convocam as demais profissões para o desenvolvimento das ações da Transição do Cuidado, ressaltando o trabalho coletivo em saúde. Para a compreensão do trabalho coletivo em saúde e as suas interfaces com a comunicação e a formação, como categorias empíricas neste processo de construção devemos apreender a categoria trabalho partir da obra de Marx,

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de e apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 2013, p. 326).

Na relação que o homem, no seu sentido genérico, estabelece com a natureza ele busca satisfazer suas necessidades, caracterizando o trabalho como uma atividade fundamental para o homem. No processo de transformar a natureza ele projeta os resultados de forma idealizada e cria os instrumentos para auxiliá-lo, neste momento que ele modifica a natureza o homem também se transformará. Para isto utiliza dos elementos componentes para o processo de trabalho, conforme Marx (2013): a atividade orientada a um fim ou o trabalho propriamente dito, seu objeto, a matéria-prima e seus meios, os instrumentos de trabalho. Assim, o trabalho, na produção de valores de uso, está na base de todas as sociedades.

De acordo com Faria e Araújo (2010, p.433) ao referirem Marx sobre a ideia de que o trabalho tem o poder de transformar o homem, referem que o trabalho em saúde

“ao mesmo tempo que produz cuidado, produz cuidadores”. Estas produções de saúde são materializadas na fala das assistentes sociais ao se sentirem “tocadas” pelas ações da Transição do Cuidado como cuidadoras e pretender transformar a realidade na produção do cuidado:

“(…) o que tem de mais importante nisso é a gente conseguir de alguma forma transformar aquela realidade, modificar de alguma forma. Então acho que esse é o nosso objetivo principal. O que nos faz investir nisso, estudar sobre isso e procurar entender melhor como que funciona. Acho que no momento que a gente faz a Transição do Cuidado seja em questão com a família ou com a própria rede a gente acaba aprendendo muita coisa que a gente não conhece” (Participante 1).

A partir desta compreensão torna-se um imperativo apreender sobre o trabalho em saúde para a construção de uma atenção à saúde pautada no cuidado e integralidade. O conceito de trabalho em saúde problematizado por Mehry e Franco (2009) no Dicionário da Educação Profissional em Saúde, produzido pela FIOCRUZ, sistematizam as produções já elaboradas pelos autores, assim destacam que o trabalho em saúde é sempre um trabalho coletivo, pois abarca a diversidade dos/as trabalhadores/as (universitários, técnicos, auxiliares, entre outros) envolvidos/as no processo de produção da saúde e os diferentes saberes. Desta forma depende da relação entre os diferentes sujeitos e tendo como finalidade a produção do cuidado em saúde. Com base na conceituação marxista os autores referem que a produção do cuidado é determinada pelo “trabalho vivo em ato, isto é o trabalho humano no exato momento em que é executado” (Merhy, Franco, 2009, p. 282). Na interação entre o trabalho vivo e diversos tipos de tecnologias em saúde²⁶ irão se formar os processos de trabalho em saúde e dar sentido na produção do cuidado em saúde.

Faria e Araújo (2010) entendem o encontro como a matéria-prima do trabalho em saúde no processo que se executa entre usuários e trabalhador, sendo fundamental o vínculo, o envolvimento e a coparticipação entre estes sujeitos que são ativos nesse processo.

O trabalho coletivo em saúde é a relação estabelecidas entre os trabalhadores e estes com os usuários. Sendo a construção do cuidado como o campo comum entre todos os trabalhadores, por isso a importância da mediação dos empréstimos e trocas

²⁶ Para Mehry (2007, p.23) “Entendo tecnologia *dura* como equipamento e máquinas, *leve-dura* como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos e *leve* os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde.”

das valises tecnológicas entre estes para que ocorra a produção da saúde. Desta forma entendemos que para dar conta das necessidades de saúde são válidas essas trocas e construção conjuntas dos/as trabalhadores/as. Este processo compreendido como de pactuação dos processos de trabalho não ocorre só através da mediação, mas a partir de conflitos e tensões, tanto na gestão quanto na assistência à saúde. Assim, consideram a potencialidade dos processos de trabalho em saúde com base no trabalho vivo em ato e a primazia das valises das relações (tecnologias-leves) para transformar o modelo hegemônico em saúde. No trabalho vivo sobrepõem as tecnologias das relações, produtoras de relações intercessoras, o encontro com o/a usuário/a e suas intencionalidades, as necessidades em saúde (MERHY, FRANCO, 2009).

Assim compreendemos que a Transição do Cuidado como processo de trabalho em saúde não ocorre pela sobreposição das diferentes tecnologias, mas sim pela combinação entre elas e a integração destes trabalhadores. Nesta composição os procedimentos, instrumentos, os saberes técnicos estruturados somam-se as relações com os usuários, falas, escutas, vínculos, necessidades, voltada para os fins do trabalho em saúde: a produção do cuidado.

É fundamental reiterar que a Transição do Cuidado deve ser assumida coletivamente no cotidiano de trabalho evitando assim a centralidade em alguns trabalhadores, as tensões e as fragmentações dessas ações quando não incorporadas no trabalho coletivo e na política de saúde. Assim, reitera-se as falas das assistentes sociais:

“A Transição do Cuidado tem que ser exigida pelas coordenações. Isso tem que ser uma prática de trabalho como um todo, não só das Assistentes Sociais, mas de todos os profissionais. Isso é a parte central. Quando a gente entende que a Transição do Cuidado é um processo de gestão a gente começa a ter um trabalho focado nisso. Hoje o nosso trabalho não é focado nisso. São poucos pacientes que se faz uma transição de verdade. E isso depende muito também de cada pessoa. Se pego um profissional X que compreende a transição beleza, a coisa flui e vai. Por isso a importância disso como processo de trabalho, se não a coisa não anda. Quando o paciente volta pra cá para o hospital nada mudou, nada, absolutamente nada” (Participante 3).

Consideramos que as mudanças tecnológicas e o modo de organização do trabalho, intensificadas pela reestruturação produtiva, estão intrinsecamente associados a formas de produção em saúde e influenciam nas condições de trabalho dos profissionais da saúde, entre estes os assistentes sociais. De acordo Antunes

(2018) na sociedade capitalista a mutação que adultera o trabalho humano ao tornar-se assalariado o converte como mero meio de subsistência, com a finalidade na valorização do capital. Assumindo a forma de “trabalho alienado, abstrato e fetichizado”, transformando em “objeto de sujeição, subordinação, estranhamento e retificação”. Assim ressalta a importância de compreender a nova forma de ser do trabalho a partir de sua concepção ampliada, a classe-que-vive-do-trabalho, incorporando os trabalhadores produtivos, que produzem a mais-valia e os improdutos que não participam diretamente do processo de valorização do capital, mas são utilizados como serviços. A concepção ampliada de trabalho conforme Antunes e Alves (2004, p. 342):

Ela compreende a totalidade dos assalariados, homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho, não se restringindo aos trabalhadores manuais diretos, incorporando também a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário.

O caráter destrutivo da lógica do capitalismo mundial atinge todos os âmbitos da vida social marcado pela descartabilidade da vida e do trabalho. Assim, Antunes reitera (2018, p. 153) “é a lógica do curto prazo, que incentiva a “permanente inovação” no campo da tecnologia, dos novos produtos financeiros e da força de trabalho, tornando obsoletos e descartáveis os homens e mulheres que trabalham.”

Na área da saúde sobressai o modelo baseado na racionalidade técnica-burocrática tem como intuito de controlar o ato do trabalho em saúde e as relações dos profissionais, usuários e entre eles. Na construção de uma lógica regulatória vertical, com base na qualidade total, que utiliza formas tradicionais de controle e avaliação, materializados por protocolos, procedimentos padronizados, especializações, onde cada um ocupa o seu lugar de forma disciplinada e organizada, pautado em comunicações verticais e hierarquizadas (FARIA, ARAUJO, 2010).

Os/as assistentes sociais, ainda que tenham seu estatuto de profissão liberal reconhecido, na condição de trabalhadores assalariados, tem seu exercício profissional tensionado pela relação de compra e venda do trabalho. Faz com que os/as profissionais não tenham controle sobre as condições, meios de trabalhos e demandas determinados pelas instituições empregadores e com isso, disponha de um exercício profissional com uma autonomia relativa. (RAICHELLIS, 2013; IAMAMOTO, 2012). Além disso, ainda fundamentado pelas autoras, os/as trabalhadoras também

são afetadas formas de precarização do trabalho, que são evidenciadas nas falas das assistentes sociais pela intensificação do trabalho e impactos nas ações que visam a atenção integral em saúde. Expressão manifestada a seguir:

(...) esse planejar da alta é o desafio. A coisa mais difícil de se fazer. A potencialidade é a articulação da rede, mas a gente fica engolido pela demanda, não consegue fazer os contatos e não consegue discutir com o colega que precisava passar as informações” (Participante 3).

Conforme Iamamoto (2009, p 5). “(...) as incidências do trabalho profissional na sociedade não dependem apenas da atuação isolada do assistente social, mas do conjunto das relações e condições sociais por meio das quais ele se realiza”. Os/as assistentes sociais atuam em um contexto adverso de retração de direitos, desemprego estrutural, desregulamentação das relações de trabalho, de políticas públicas cada vez mais sucateada voltadas para programas sociais focalizados, com redução de recursos e ações fragmentadas, focadas aos segmentos mais pauperizados dos trabalhadores implicando na qualidade dos serviços prestados e na organização dos processos de trabalho, em especial na área da saúde.

A fragmentação, fenômeno da racionalidade neoliberal, reforça a individualização manifestada na vida dos sujeitos, nas relações de trabalho, nas políticas públicas, nos serviços e na assistência em saúde. Assim intensifica a lógica em que cada serviço faz a sua parte sem interlocução entre as ações e preocupação com o todo. É expresso na materialização do trabalho das assistentes sociais que identifica os atores que devem ser envolvidos na Transição do Cuidado, mas ao mesmo tempo fala das dificuldades dessa articulação e com isso a fragmentação do cuidado:

(...) Acho que a gente está muito longe de ter uma transição de qualidade do cuidado. Tanto nós da saúde, quanto da assistência social. A rede como um todo. A Defensoria Pública. Os Conselhos Tutelares. Na realidade cada um enxerga só para si. Não desejam compartilhar esse cuidado (Participante 6).

Esta articulação da rede de serviços deve ser intersetorial, essencial para o atendimento das necessidades dos usuários, através da compreensão do conceito ampliado em saúde. No momento em que os profissionais não conseguem prestar um atendimento no sentido integral, esvazia-se a proposta central de cuidado em saúde. A intersetorialidade tenta romper com essa fragmentação histórica entre os setores.

O modelo de saúde voltado saúde hegemônico, com características medicocêntrica e hospitalocêntrica, reforçam ações centradas em procedimentos, conhecimentos especializadas, equipamentos/máquinas e fármacos, voltado para a clínica onde o objeto patológico passa ser campo de interesse e ação deste modelo de operar de mercado em saúde, corroborando com o processo de acumulação do capital (FRANCO, MERHY, 2007; MEHRY, 2009). Acentuando uma visão de saúde que não compreende a totalidade, descolada do conceito ampliado.

No modelo médico-hegemônico de acordo com Peduzzi (2007, p. 170),

os valores compartilhados na cultura institucional que prevalece nos serviços de saúde são a fragmentação, as relações hierárquicas de trabalho, o trabalho individualizado por profissional e o paroxismo instrumental de uma racionalidade técnico-científica.

A divisão do trabalho em saúde, característica deste modelo de produção de controle do capital sobre o trabalho de forma hierarquizada, em relações de poder, controle, são expressões próprias do processo de alienação do trabalho. Na saúde a crescente tendência de uma formação cada vez mais especializada reforça a fragmentação dos atos em saúde. Onde cada especialista intervém somente na sua “parte” não se responsabilizando pelo objetivo final da sua intervenção, com isso faz com que os profissionais não se reconheçam no processo de trabalho, diminuindo seu poder, causando estranhamento e despertencimento, aumentando o processo de alienação (MERHY, MALTA, 2003).

Desta forma ressaltamos a importância do trabalho em equipe, como estratégia para responder a necessidade das integrações das profissões em um trabalho voltado para o conceito ampliado de saúde. Como Peduzzi (2007) destaca a importância de distinguir os modelos de trabalho em equipe, o que está fundamentado na tradição biomédica do trabalho em equipe que reconhece as necessidades dos usuários, com base na integralidade em saúde e na interdisciplinaridade. A fim de compreender qual é a intencionalidade e racionalidade que irão abranger este trabalho. Destaca que a análise dos processos de trabalho está associada com a organização dos serviços, com os modelos de saúde em disputa e em que sentido está sendo executada a política de saúde, articulada com as demais políticas sociais, econômicas e políticas.

No trabalho coletivo em saúde predomina uma configuração de equipe denominada por Peduzzi (2007) como “equipe agrupamento”, onde existe a presença

de profissionais, de forma agrupada, realizando ações fragmentadas, sem a interlocução entre os profissionais e estes com os usuários, que não trabalham de forma articulada, ocorrendo a justaposição das ações. Desta forma leva a uma exaustão por parte dos usuários que repetitivamente contam suas histórias solicitadas pelos membros da equipe, através de um olhar que fragmenta suas necessidades, fracionando o cuidado em saúde, tornando um empecilho às práticas de integralidade.

As assistentes sociais identificam na saúde uma realidade que evidenciam um modelo de trabalho em equipe cada vez mais fragmentado que reforça a setorização e a especialização da saúde, se contrapondo a atenção integral. Conforme já descrito neste estudo o trabalho na área da saúde ocorre de forma coletiva e ocorre através das relações entre estes profissionais e com os usuários. Diante da complexidade das necessidades em saúde dos usuários nenhuma profissão ou especialidade conseguirá atender de forma fragmentada ou individualizada. Evidencia-se nos depoimentos das assistentes sociais a predominância deste modelo de trabalho em equipe na área da saúde, em especial no contexto hospitalar, e a preocupação das profissionais que estes fluxos, como estratégias de resistência deste modelo, possam comprometer todos os profissionais nesses processos de trabalho:

(...) infelizmente acho que a gente não tem uma construção de fluxo para isso. É muito importante se a gente conseguir construir um fluxo para fazer isso. A gente trabalha com Transição do Cuidado, mas é um trabalho muito...individual (Participante 7).

De acordo com Freire Filho, et al (2019, p. 87) esta tendência com ênfase nas habilidades e competências específicas é definido na literatura como “silos profissionais ou tribalismos das profissões”. Conforme os autores “esse modelo de formação sustenta práticas em saúde fortemente fragmentadas, com exposição do usuário a atos duplicados, o que leva ao retrabalho dos profissionais de saúde, aumentando os riscos de erros e custos em saúde”. Esta realidade impacta no desenvolvimento das ações em saúde, contrapostas a uma perspectiva integral, por isso se faz necessário repensar práticas numa perspectiva colaborativas, integradas, comunicativas que potencializem o trabalho em equipe.

Esta tendência é materializada também em espaços de coletivos, como os rounds, que permitem uma melhor interlocução entre os profissionais, mas em função da pandemia tiveram a sua interrupção. As assistentes sociais reconhecem como

potencializados para a construção coletiva das ações da Transição do Cuidado, mas de forma contraditória ao mesmo tempo que reúne os profissionais o cuidado em saúde ocorre de forma fracionada pelas especialidades e saber, pois não há uma integração de forma efetiva, segundo o depoimento da assistente social:

(...)Com essa pandemia acabou os rounds, temporariamente mais acabaram. Isso para nós é ruim porque nós estávamos sendo vistas, como profissionais, tinha voz ativa de chegar e falar. E hoje em dia se não existe round fica um pouco difícil. Porque o médico vê o braço, vê a perna, vê a cabeça, vê o coração e parou. Cadê o resto da equipe? Aquela equipe que vê, nós, os psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas. Cadê esse pessoal que quando consegue se reunir, consegue discutir. Na minha posição acho que existe muita falta de comunicação das equipes. E de uma boa política para trabalhar com isso aí (Participante 5).

Peduzzi (2007) identifica esta contradição relacionada ao projeto institucional, que em detrimento do projeto comum dos serviços as equipes desenvolvem algumas ações com um certo grau de interação, mas reproduzem seus trabalhos de forma independente em relação aos serviços, objetivos e finalidades.

Observa-se como um constante movimento de forças centrípetas e centrífugas expressam a tensão entre o movimento de integração das ações e dos profissionais e da fragmentação da assistência, e do cuidado dos usuários e da população de referência do serviço (PEDUZZI, 2007, p.175)

Devemos recorrer a integralidade para a motivação do trabalho em equipe em substituição a organização de trabalho tradicional, individualizada e mera justaposição das ações. Voltado para a articulação das ações em saúde, dos serviços da RAS e apreensão do reconhecimento de forma contextualizada das necessidades dos usuários. Nesta perspectiva “onde os profissionais buscam a articulação das ações e interação comunicativa”, Peduzzi (2007) denomina como equipe integração

Na lógica do cuidado e da integralidade, a comunicação e interação são intrínsecas à intervenção profissional, o que constitui um contexto de trabalho favorável à articulação das ações e à construção de um projeto comum da equipe (PEDUZZI, 2007, p.176).

As assistentes sociais estão em consonância com a autora ao compreenderem a comunicação inerente ao processo de trabalho em equipe, e também com a OMS ao identificarem a importância da qualificação das ações da Transição do Cuidado na

perspectiva da integralidade em saúde, como pode se constatar no depoimento abaixo:

A gente poder estabelecer essa linha de comunicação porque a transição do cuidado nada mais é comunicação. Além de uma ferramenta de gestão, ela é uma comunicação (Participante 3).

A comunicação também foi destacada pelas assistentes sociais como a principal dificuldade para o desenvolvimento das ações de Transição do Cuidado em saúde. Conforme já refletimos anteriormente a comunicação como desafio está identificada nas falas das assistentes sociais na relação entre as equipes e usuários no processo de cuidado em saúde, como consequência da fragilidade desta relação entre os profissionais da mesma equipe e dos diferentes serviços da RAS e intersetorial. Assim manifestam a potencialidade da comunicação para qualificar o trabalho em equipe em saúde e as ações de forma integrada nesta relação com os usuários, na perspectiva de favorecer a integralidade em seu sentido ampliado:

(...) Os usuários saem daqui sem muita instrumentalização, sem muita orientação do que fazer. Vão para casa só com a nota de alta dizendo que tem que ir no posto. Nesse caso eles vêm para nós para seguir a internação. A nota de alta vem para nós muito resumida. Muito difícil passar um caso para o outro. (Participante 2).

(...) Como a gente pode melhorar essa comunicação para que o próprio paciente tenha uma qualidade nessa transição e que a gente também seja efetivo (Participante 3).

Assim, compreendemos a importância em relação ao trabalho em equipe através do reconhecimento do trabalho do outro e das conexões entre as intervenções que irão requerer a comunicação entre os profissionais e destes com os usuários. Desta forma, implica na apreensão do conceito ampliado a saúde o que irá remeter a integralidade. Concluindo assim a ligação entre a comunicação e a integralidade na saúde (PEDUZZI, 2007).

Neste sentido, para apreender sobre comunicação em saúde recorreremos à Xavier e Guimarães (2006, p. 138/140) que, ao refletir sobre o sentido da integralidade e o papel da comunicação referem que a tarefa da comunicação é compor, integrar. A comunicação aponta para o “*hólos*”, sentido “*todo-inteiro*” e a integralidade enquanto “*hodós*”, “*ao mesmo tempo o caminho e o caminhar, o trajeto (roteiro) e o percurso (ação)*”. Assim referem a relação entre integralidade e a comunicação em saúde:

“Aqui se funda o parentesco entre a Integralidade e a Comunicação. Integralidade, enquanto hodós, é essencialmente Comunicação, seu único caminho para realizar-se. No entanto, sabemos que tal realização não é um ponto de chegada, e sim o próprio caminhar. E Comunicação, por outro lado, é essencialmente Integralidade em sua busca dela mesma, tornar-com, com-pletar. Como é essencialmente busca e propensão, sua realização é também sempre devir” (XAVIER, GUIMARÃES, 2008, p. 141).

Desta forma, Xavier, Guimarães (2008, p. 144) referem a interdependência entre a comunicação e o cuidado, como conceitos conversíveis, considerando que “não há ação de cuidar que não seja uma ação comunicativa”. A comunicação é caminho e meio da Integralidade o cuidado é onde a integralidade é essencialmente ela.

As assistentes sociais percebem a relação da comunicação com o cuidado, ao identificar a integralidade como parte deste processo. Conforme a fala a seguir a escuta e o contexto dos usuários integram as ações da Transição do Cuidado:

(...) o diferencial do Serviço Social participar da Transição do Cuidado é essa questão da comunicação, da escuta qualificada, de poder enxergar um contexto que aquele usuário está inserido. De ver o todo não só a parte clínica (Participante 1).

A escuta como princípio e prática de comunicação é condição fundamental para a integralidade e se materializa na relação entre os/as trabalhadores/as com os outros atores podendo ser traduzida como “ato de despir-se da armadura do conhecimento técnico-científico e dispor-se a ouvir o outro, como alguém que sabe algo sobre o mundo e sobre si mesmo” (Xavier e Guimarães, 2008, p. 148).

Sobre a relação da comunicação e Serviço Social a autora Figueiredo (2018) a comunicação identifica como trabalho e a função pedagógica do assistente social. Assim, fundamenta a comunicação como direito humano, compreendo a singularidade e forma própria da comunicação pública²⁷ para o protagonismo da população pelo exercício da cidadania. Refere que este tipo de comunicação qualifica a linguagem, instrumento de trabalho do assistente social, na perspectiva de impulsionar formas democráticas e ampliar as possibilidades de acesso.

²⁷ “[...] como um processo de comunicação que se instaura por meio de um atendimento público qualificado, mediado por agentes públicos, inseridos nas políticas sociais, no âmbito do Estado” (FIGUEIREDO, 2017, p. 17 apud Figueiredo, 2018, p. 165).

Assim, a comunicação pública associada ao diálogo, interação, escuta qualificada da demanda e como função pedagógica do Serviço Social, poderá contribuir na reorganização dos serviços, ampliação dos direitos e estando visceralmente vinculada a qualificação do SUS

Compreendendo que as ações voltadas para a integralidade têm que ser realizadas através do trabalho em equipe, o que envolve a compreensão da equipe sobre a Transição do Cuidado. Assim conforme Machado et al (2007) o trabalho em equipe precisa estabelecer estratégias para favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde e a centralidade da assistência ao usuário nas ações de saúde a partir de uma construção coletiva. Desta forma, para que os profissionais trabalhem para concretizarem a integralidade do cuidado devem apreender a compreensão da integralidade na sua formação e com isso o potencial do trabalho em equipe para atender de forma efetiva as necessidades dos usuários.

Conforme já referimos neste estudo que ainda predomina a formação em saúde voltada ao modelo médico-centrado caracteriza-se por conhecimentos específicos e assim desconfigura-se o trabalho coletivo para a produção de saúde. As assistentes sociais reconhecem a ausência dos espaços de formação e educação sobre a Transição do Cuidado, o qual associamos a este modo da formação que incide nas ações em saúde. Assim, identificam a importância da problematização dos processos de trabalho para transformar as ações de saúde voltadas para a integralidade.

Um pouco estudei sobre isso. A gente não conversa sobre isso no dia a dia. Acho que a gente tem muito que caminhar. Realmente não tem muita coisa escrita sobre isso (Participante 7).

Então se a gente não discutir isso, não falar sobre isso, a gente não vai saber fazer isso (Participante 3).

Para Castro et al (2016) uma das possibilidades de enfrentar a lacuna na formação dos profissionais pode ser através da educação permanente como uma estratégia de reorganização do processo de trabalho e fortalecimento do SUS. A educação permanente como ação educativa desenvolve-se pela problematização do processo de trabalho para alcançar a transformação e organização do trabalho para atender as necessidades em saúde.

As dificuldades nas ações de assistência e na produção do cuidado na saúde estão para além do trabalhador e de sua base formativa, pois estão associadas à uma

conjuntura de ataque às políticas sociais que tem rebatimento na assistência prestada, nas condições de trabalho e nas dimensões institucionais como um todo (LANZA ET AL, 2012).

No horizonte da produção do cuidado saúde são reafirmadas pelas assistentes sociais as seguintes dimensões: democratização das relações do trabalho coletivo em saúde, integração das equipes, prática comunicativa, formação em saúde no resgate da integralidade para reflexão da Transição do Cuidado comprometida com um modelo de saúde centrado nas necessidades e na autonomia dos usuários e, pautada no conceito ampliado em saúde para a transformação da realidade em saúde. Esta apreensão sobre a transformação da realidade foi concebida pelas assistentes sociais como a potencialidade da Transição do Cuidado, assim está intrínseco a transformação de um modelo de saúde comprometido com o direito à saúde e o fortalecimento do SUS.

Portanto afirmamos a partir deste processo de investigação, da pesquisa teórica e das análises dos depoimentos e falas das assistentes sociais, que a Transição do Cuidado se confirma no encontro das/os trabalhadoras/os com os outros atores como usuários, famílias, outros profissionais, a rede e que por envolver estes atores em diferentes dimensões se configura como estratégia coletiva que produz troca, aprendizado, conhecimento, proximidade, confiança, vínculo, corresponsabilidades e integralidade. Esta estratégia coletiva, ao garantir um diálogo interprofissional, fomenta mudanças na produção da saúde numa perspectiva de superação do modelo hegemônico de saúde médico-centrado podendo transformar a realidade em saúde de todos os atores envolvidos, e da política em saúde como um todos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE COMO O CAMINHO PARA O FORTALECIMENTO DO CUIDADO INTEGRAL

Em um contexto do ideário neoliberal de precarização do trabalho, desmonte das políticas públicas e retração de direitos, expressos na política de saúde através do retrocesso dos programas e suspensão de portarias e programas, tão caros ao direito à saúde da população, a fragmentação das ações, sucateamento e desarticulação dos serviços, fragilidade nas relações de trabalho, impactam diretamente na produção do cuidado em saúde. A saúde, como mercadoria, volta-se cada vez mais para uma lógica mercantilista, favorecendo o capital. A pandemia que atravessa essa conjuntura, como apontado na banca por ocasião da qualificação pode se configurar como “uma caixa de amplificação das desigualdades pré-existentes”, trazendo à tona os direitos violados da população de moradia, transporte, educação, saneamento básico, lazer, saúde e em destaque o trabalho. Onde a flexibilização, informalidade e a precarização as relações de trabalho expõem a população frente a frente aos riscos de contaminação diante das estratégias de sobrevivência.

As realidades dos sistemas de saúde implicam nas ações da Transição do Cuidado, que devem ser planejadas vinculadas aos princípios do SUS, voltadas para a efetivação e garantia da continuidade do cuidado em saúde. As condições objetivas que dizem desta realidade afetarão na produção do cuidado em saúde, através da disponibilidade de recursos, equipamentos, profissionais e serviços. Desta forma, destacamos a importância da leitura da conjuntura econômica, social e político, que determina as fragilidades e potência da Transição do Cuidado. Ainda inspirado nos apontamentos e contribuições da banca de qualificação compreendemos que a fragilidade da Transição do Cuidado está associada à fragmentação do cuidado, face oposta à integralidade, através de ações focalizadas, de encaminhamento e desresponsabilização dos atores envolvidos.

Desta forma, ao estudar sobre a Transição do Cuidado, devemos refletir sobre quais caminhos seguir, para não serem capturados pela lógica neoliberal reforçada pelo modelo médico centrado em saúde, transformando-a em procedimentos e técnicas, não apreendendo a saúde pelos seus determinantes e condicionantes sociais, econômicos, culturais e políticos. Assim, a Transição do Cuidado em saúde não pode ser pensada de forma linear, ela parte da articulação dos profissionais e

conexões entre os diversos serviços. Identificamos como principal estratégia a coordenação da comunicação entre os atores envolvidos e o reconhecimento e autonomia dos usuários. Considerando que na RAS a centralidade na coordenação da atenção e o cuidado está na atenção primária em saúde, tendo como papel central nas ações da Transição do Cuidado. A continuidade do cuidado é fundamental para a integralidade na Transição do Cuidado, para superar o trabalho isolado, a fragmentação do cuidado e promover a articulação das ações em saúde.

Assim, ao trilhar o caminho da Transição do Cuidado para o fortalecimento da integralidade em saúde, devemos compreender em seu sentido ampliado e compreender que a integralidade está no próprio caminho, conforme já exposto neste estudo a “integralidade é essencialmente cuidado, o ‘lugar’ em que ela se materializa e se torna visível” (Xavier, Guimarães, 2006, p. 154). Desta forma, ao promover o cuidado, em seus múltiplos aspectos, promoverá a integralidade.

Assim, conforme Pinheiro e Guizzardi (2006, p. 26), as práticas dos cotidianos apropriadas da integralidade são:

fonte de criatividade, podem potencializar ações emancipatórias e de liberdade, tanto do conhecimento científico – que está aprisionado no método que o legitima e lhe confere autoridade – quanto da própria sociedade, ao possibilitar-lhe a expressão de sua participação ativa e constituinte de novos e críticos saberes sobre a saúde e de fontes de sua construção.

Diante disso, consideremos neste estudo que as ações da Transição do Cuidado, na articulação dos vários sujeitos implicados no processo de produção do cuidado integral em saúde, ao problematizar de forma crítica a realidade em um contexto de privação de direitos, na apreensão de suas raízes e do significado dessas demandas, possibilita de maneira criativa a construção coletiva de “novas” estratégias e de visibilidade às demandas da população que se apresentam nos espaços de saúde.

A Transição do cuidado favorece o trabalho coletivo em saúde e pode contribuir no enfrentamento dos desafios da organização e gestão dos processos de trabalho e assim a criação de estratégias institucionais comprometidas com as necessidades dos usuários e direto em saúde.

Os/as assistentes sociais e demais profissionais são corresponsáveis pela produção do cuidado em saúde, por isso ao refletirem sobre o seu fazer profissional e

a finalidade das suas ações apropriados da importância da Transição do Cuidado, irão trabalhar para concretizar a integralidade em saúde. Ressaltando a importância do caráter coletivo e responsabilidade compartilhada das ações em saúde. Assim, a Transição do Cuidado favorece a superação da lógica de subordinação das demais profissões em saúde do modelo biomédico.

Ressaltamos a importância da compreensão sobre o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde para a construção da interface do objeto de trabalho e as possibilidades de intervenção que, segundo Matos (2017, p. 133), “é identificar os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que atravessam a relação saúde-doença (uma vez que a ida aos serviços para a prevenção é uma realidade pouco comum no SUS) vivenciada pelo usuário, a partir disso mobilizar recursos disponíveis e o desenvolvimento de uma prática educativa, pautada numa perspectiva emancipatória, de fortalecimento do usuário na garantia dos seus direitos.

Desta forma, a importância da apreensão dos conceitos fundamentais para a ação dos/as assistentes sociais na saúde como conceito ampliado em saúde, integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, são fundamentais para destacar a sua contribuição nas estratégias da Transição do Cuidado em Saúde.

Assim, retomamos o caráter coletivo desta dissertação na construção do conceito da Transição do Cuidado em Saúde pelo/para Serviço Social a partir das falas das assistentes sociais no grupo. Portanto reafirmamos a partir desta pesquisa que a Transição do Cuidado para as assistentes sociais se confirma no encontro das/os trabalhadoras/os com os outros atores em diferentes dimensões se configura como estratégia coletiva que produz troca, aprendizado, conhecimento, proximidade, confiança, vínculo, corresponsabilidades e integralidade. Essa estratégia coletiva, ao garantir um diálogo interprofissional, fomenta mudanças na produção da saúde numa perspectiva de superação do modelo hegemônico de saúde médico-centrado podendo transformar a realidade em saúde de todos os atores envolvidos, e da política em saúde como um todo.

Para a fertilização do conceito da Transição do Cuidado ao encontrar solo fértil da rede de Atenção em saúde apostamos em estratégias voltadas para a formação dos profissionais e educação permanente para o compromisso profissional com a construção de práticas que promovam o cuidado integral em saúde e pesquisas que possam fortalecer a integralidade e a saúde como direito no âmbito do SUS. Com isso,

consideramos que esta pesquisa não esgota a produção de conhecimento sobre o tema, mas sinaliza possíveis mediações que podem ser realizadas, diante de uma totalidade que está em constante movimento e transformação.

O conteúdo desta dissertação “antes de ser escrito, foi vivido, no calor dos acontecimentos” (Matos, 2020b, p. 470) por envolver a produção do conhecimento sobre a política de saúde, em uma conjuntura de uma crise econômica e política de nível mundial, atravessada por uma crise sanitária, com impactos na vida e trabalho das participantes da pesquisa e pesquisadoras, assistentes sociais trabalhadoras da saúde, expostas ao vírus e às manifestações concretas desta conjuntura nas suas vidas e dos/as usuários/as dos serviços.

O atual cenário de recrudescimento da pandemia, negligenciado pelo governo e sem planos de vacinação para a proteção da população, é demonstrado conforme os dados apresentados pela OPAS²⁸, de 11 de dezembro de 2020, que no mundo já são 69.143.017 casos confirmados e 1.576.516 mortes, e, no Brasil, 6.836.227 casos confirmados e 180.437 óbitos por COVID-19. Diante desse cenário cruel de banalização da vida e da morte, manifestamos através deste estudo os nossos sentimentos a todas as pessoas que perderam sua vida em decorrência desta doença, e o nosso apoio a todos aqueles que lutam pela vida, trabalhadores/as da saúde e pessoas internadas nos hospitais.

Para finalizar destacamos que a produção do conhecimento são manifestações de resistência e que através da ciência é que podemos desembarcar do trem da pandemia. Seguimos na luta por uma saúde pública, universal e gratuita. Assim, encerro com um trecho da música de Gilberto Gil e Ruy Guerra, em homenagem aos trabalhadores da saúde, com a esperança de dias melhores: *“A voz de um barco a bordo da alvorada/ O sol da aurora secando o pulmão/ Ano passado se eu morri na estrada/ Vai que esse ano não morro mais não/ É pra montar no lombo da toada/ Desembarcar do trem da pandemia/ É pra fazer da rima arredondada/ O rompante final de uma alegria”*.

²⁸ <https://www.paho.org/pt/covid19>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. **Frente nacional contra a privatização do SUS**. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/vida-acima-dos-lucros-enfrentar-a-pandemia-e-possivel-e-necessario-ja-campanha-da-frente-nacional-contr-a-privatizacao-da-saude-fncps/50271/>.

ABREU de O, F.; MARQUES de Q, F.; DINIZ, M. I. Divisão sexual do trabalho entre homens e mulheres no contexto da pandemia da COVID-19. **Revista Inter-Legere**, v. 3, n. 28, p. c21486, 2 set. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/21486>

ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio**. 2016. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/152735>

ACOSTA, A. M. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Rev enferm UFPE online**, Recife, 12(12):3190-7, dez. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-999501>

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, pág. 335-351, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302004000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BAILLIE, L. *et al.* Care transitions for frail, older people from acute hospital wards within an integrated healthcare system in England: a qualitative case study. **International Journal of Integrated Care**, 14(4): pp. 1-7, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027893/>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROCO, M. L. S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e serviço social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.124, p. 623-636, out./dez, 2015.

BARROS, C. F. de; BERNARDO, M. H. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. **Revista de Psicologia da UNESP**, 16(1), 2017.

BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: **OPAS**, OMS, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-1.pdf.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R. 2020. **Escassez é um mito vendido caro: sobre o orçamento público em tempos de pandemia**. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2020/03/19/escassez-e-um-mito-vendido-carosobre-o-orcamento-publico-em-tempos-de-pandemia/>.

BISCO, G. C. B.; SARRETA, F. O. A construção do direito à saúde e do SUS no cenário neoliberal e a contribuição do Serviço Social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 18, n. 1, p. 78-90, jan./jun. 2019.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7697>.

BOTÃO, M.; NUNES, N. R. A relevância do trabalho dos assistentes sociais no enfrentamento à pandemia da COVID-19 *In*: LOLE, Ana, *et al.* (org.). Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia. Ebook. Mórula Editorial, jun. 2020. Acesso em: <https://morula.com.br/produto/para-alem-da-quarentena-reflexoes-sobre-crise-e-pandemia/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n.182, p. 18055-18059, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica, n. 27. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2v.: il. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/publicacoes>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v.: il.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria 529, de 1º de abril de 2017. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, elaborada pelo Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. *In*: Mota, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, p. 88-110, 2006.

BRAVO, M. I. S. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. *In*: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, p. 88-110, 2006.

BRAVO, M. I. S. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. *In*: BRAVO, Maria I. S. et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, p. 25-47, 2009.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: Reforma sanitária e Ofensiva Neoliberal. *In*: BRAVO, Maria I.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política Social e Democracia**: São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr.2018. Disponível em: <http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218>.

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro. *In*: SER Social, Estado, Democracia e Saúde. v.22 no.46, 2020.

BRETTAS, T. Defender a vida é preciso, a economia não. *In*: MOREIRA, E., *et al* (Org.). **Em tempos de pandemia**: propostas para defesa da vida e de direitos sociais. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Escola de Serviço Social, 2020.

BURKE R. E., KRIPALANI S., VASILEVSKIS E.E., SCHNIPPER J.L. Moving beyond readmission penalties: Creating an ideal process to improve transitional care. **J Hosp Med** 8(2): 102–9. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23184714>.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. *In*: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo-SP: Cortez, v.27, n.87 (set. 2006), p. 5-24.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 34, n. 3, e00101417, jun. 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/393/o-conceito-de-vulnerabilidade-e-seus-sentidos-para-as-politicas-publicas-de-saude-e-assistencia-social>. Acesso em: 12 dez. 2020.

CASTILHO, D. R; LEMOS, E. L. S; GOMES, V. L. B. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. *In*: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 447-466, set./dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010166282017000300447&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

CASTRO, M. M. SERVIÇO SOCIAL E CUIDADO EM SAÚDE: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA. *Libertas, Juiz de Fora*, v.6 e 7, n. 1 e 2, p.128-148, jan-dez / 2006, jan-dez / 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18149>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil) - CNS, 2006. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm#:~:text=O%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde>.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução CFESS n. 594, de 21 de janeiro de 2011. Altera o Código de Ética do Assistente Social, introduzindo aperfeiçoamentos formais, gramaticais e conceituais em seu texto e garantindo a linguagem de gênero. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Res594.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CORDIOLI, Sérgio. **Enfoque participativo**: um processo de mudança: conceitos, instrumentos e aplicação prática. Porto Alegre: Genesis, 2001.

COSTA, J. M. C.; JUNIOR, N. M. C.; PEREIRA, R. C. C.; CRUZ, L. F.; FIGUEIREDO, T. P. Implantação de um serviço de contato telefônico pós alta hospitalar para acompanhamento farmacoterapêutico: relato de experiência. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**. São Paulo v.6 n.4 23-29 out./dez. 2015.

COSTA, M. D. H. C. O. Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez. 2009.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre o neoliberalismo**. São Paulo: Boitempo, 2016.

EIDT, L. B. **Pensamento Conservador, Assistência Social e a Matricialidade Sociofamiliar**: um museu de grandes novidades. 2018. 120 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/11747>

FAQUIM, J. P. S.; BUIATTI, N. B. P., FRAZAO, P. O método ZOPP e a organização do trabalho interprofissional voltado à atenção ao pré-natal em duas unidades de atenção básica. **Saúde debate** [online]. 2018, vol. 42, n. 117, pp. 392-407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000200392&script=sci_abstract&lng=pt.

FARIA, H. X; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 2, p. 429-439, jun. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2020.

FEUERWERKER, L. C.M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**. 2008;24(3):180–8.

FIGUEIREDO, K. A. Comunicação Pública: um direito humano em conexão com o serviço social. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 18, n. 36, p. 162-177, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/21506>.

FIOCRUZ. Boletim COVID. 2020. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/boletim-covida-n-5-saude-trabalhadores-saude-enfrentamento-pandemia-covid-19>.

FLEMING, M. O.; HANEY, T.T. Improving patient outcomes with better care transitions: the role for home health. *Cleve Clin J Med*. 2013;80 electronic suppl 1:eS2-eS6. Disponível em: <https://www.bayada.com/articles/research-optimizing-home-health-care.pdf#page=4>.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.3, p.743-752. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. Programa de Saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In*: MERHY, E. E. *et al.* O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007 296p.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 86-96, ago. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500086&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2020.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. *In*: FAZENDA, I. (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. 2 ed. São Paulo. Cortez. 1991.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRERO, K. S; PULS, S. E; ANDREW, D. A. Transition of care and the impact on the environment of care. **J Nurs Educ Pract**. 2014;4(6):30-6. Disponível em <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/4191>.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p. S331-S336, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2020.

HOFF, L. R., BOLZAN, L. M. Política de Saúde e contrarreforma do Estado: discutindo a saúde pública brasileira. *In*: BELLINI, M. I. B. *et al.* (Org.). *In*: **Intersectorialidade e políticas sociais**: uma concertação possível. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2017.

IAMAMOTO, M. A. Questão Social no Capitalismo. *In*: **Revista Temporalis** 3-Ano II, nº 3, , p.09-32, jan./jul, 2001. Brasília: ABEPSS, Graflin.

IAMAMOTO, M. A. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO. M. O Serviço Social na Cena Contemporânea. CFESS, ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. CEAD/UnB. Brasília, 2009.

IAMAMOTO, M. A. **O Serviço Social em tempos de capital fetiche**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2012.

KALICHMAN, A. O; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2020.

KELLER, S. B. A. **A ofensiva do conservadorismo**: serviço social em tempos de crise. Vol. 1. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

LANZA, L. M. B; CAMPANUCCI, F. S.; BALDOW, L. O. As profissões em saúde e o serviço social: desafios para a formação profissional. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 212-220, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 dez. 2020.

LIMA, A. L. M.; MORAES, L. L. A pandemia de COVID-19 na vida de mulheres brasileiras. **Revista Inter-Legere**, v. 3, n. 28, p. c22568, 14 set. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/22562>

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 dez. 2020.

MACHADO, R. Z. Recursos financeiros em saúde nos municípios gaúchos: atenção, gestão e financiamento um tripé indissociável e seus dilemas. 2019. 256 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/8618>

MALTA, D. C; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, 7(1):61-66, jan./jul., 2003.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2020.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *In: Planejamento e políticas públicas*. N°. 49, jul./dez, 2017.

MARX, K. **O Capital - Livro I – crítica da economia política**: o processo de produção do capital. Tradução: Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, set. 2011. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282011000300007&lng=pt&nrm=iso>.

MATTA, G. C; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. *In*: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25955>.

MATOS, M. C. **Cotidiano, Ética e Saúde**: O Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto. 2009. 272 f. Tese (Doutorado em Serviço Social), PUCSP, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/18000>.

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

MATOS, M. C. A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. *In*: LOLE, A. *et al.* (Org.). **Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia**; Ebook. Mórula Editorial, jun. 2020. Disponível em: <https://morula.com.br/produto/para-alem-da-quarentena-reflexoes-sobre-crise-e-pandemia/>.

MATOS, M. C. Serviço Social, uma profissão atenta e em movimento mesmo em tempos de isolamento – pós-fácio. *In*: PEREIRA, S. L. B.; CRONEMBERGER, I. H. G. M. (Org.). **Serviço social em tempos de pandemia**: provocações ao debate. Teresina : EDUFPI, 2020. 472 p.

MATOS, M. C. (Des) informação nos serviços de saúde em tempos da pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de Assistentes Sociais Maurílio Castro de Matos, 2020. Disponível em: <http://pelasaude.blogspot.com/2020/08/desinformacao-nos-servicos-de-saude-em.html>.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604>

MERHY, E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. *In*: MERHY, E. E. *et al.* O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007 296p.

MERHY, E. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. *Lugar Comum Estud.* Mídia, Cult. Democr., v.14, n.27, p.283-308, 2009.

MEHRY, E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde 2009. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Manginhos. Rio de Janeiro/RJ .Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em: 28 nov. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MENDES, A; FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. *In*: MARQUES, R. M. *et al.* **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Brasília: Abres/MS/Opas, 2016, v. 1, p. 139-168.

MENICUCCI, T. M. G. Política de Saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XXVI, n. 87, 2006.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MALTA, D. C; MERHY, E. E. A MICROPOLÍTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE - REVENDO ALGUNS CONCEITOS. *Rev. Min. Enf.*, 7(1):61-66, jan./jul., 2003. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/786>

MASCARO, A. L. **Crise e pandemia** [e-book]. São Paulo: Boitempo, 2020.

NETTO, J. P. Introdução ao estudo do método de Marx I. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. 64 p.

MIZUTANI, L. C. Ser ou não ser minoria: um estudo sobre a categoria minoria e seu lugar de reconhecimento pelo Poder Judiciário brasileiro. 2012. 203 f. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MORAES, C. A. S. Possibilidades da pesquisa para o serviço social na área da saúde. **Serviço Social E Saúde**, 12(1), 103-118, 2013. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635760>.

MOREIRA, A. I. M. C. Sobre a premência do debate da dimensão da técnica no trabalho da(o) assistente social. *In*: MOREIRA, E. *et al.*(Org.). **Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2020. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/2020/05/coletanea-em-tempos-de-pandemia.html>.

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e tendências recentes. *In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, p. 88-110, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

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. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* 4 ed. São Paulo: Cortez. 2009.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. *In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* 4 ed. São Paulo: Cortez. 2009.

NUNES, H. J. M.; QUEIROZ, P. J. P. Patient with stroke: hospital discharge planning, functionality and quality of life. **Rev Bras Enferm.** 2017;70(2):415-23. Acesso em: 20 dez. 2020.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde:** a atenção à saúde organizada em redes. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, São Luís, 2016. 54f.: il. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7563>. Acesso em: 20 dez. 2020.

OLIVEIRA, A. C.; PAIVA, A. R.; RIZZINI, I. As/os assistentes sociais na linha de frente: violência e violações de direitos na pandemia da COVID-19. *In: LOLE, A. et al. (Org.). Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia;* Ebook. Mórula Editorial, jun. 2020. Disponível em: <https://morula.com.br/produto/para-alem-da-quarentena-reflexoes-sobre-crise-e-pandemia/>.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt>.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. *In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online].* Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *In: Cien. Saúde Coletiva* vol.23 no.6 - Rio de Janeiro, jun. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320180006&lng=pt&nrm=iso

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. *In:*

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007. p.161-177. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/trabalho-em-equipe-sob-o-eixo-da-integralidade-valores-saberes-e-praticas/4513>.

PEREIRA, P. A. P. **Políticas Sociais**: Temas e Questões, Ed. Cortez, 2008.

PEREIRA, P. A. P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n112/07.pdf>.

PESSOA, F. 1935. **Há doenças piores que as doenças**. Disponível em: <https://www.recantodasletras.com.br/poesias/4836057>.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p. Acesso em: <https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604>.

PINHEIRO R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS ABRASCO, 2006. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/cuidados-as-fronteiras-da-integralidade/4591>.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. *In*: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25955>.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B. Dicionário da educação profissional em saúde. 2 ed. **Rev. Ampl.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25955>.

PILATTI, P., LAGNIA, V. B., PICASSO, M. C. *et al.* Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, 39, p.1-10, 2017. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1339>.

PIOLA, S. F; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, E. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Org.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

PONTES, R. N. Mediação: categoria fundamental para o trabalho do assistente social. *In*: Capacitação em Serviço Social e Política Social. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Módulo 4. Brasília. UNB/ Centro de educação aberta, continuada a distância, 2000, p 35-50.

PRATES, J. C. A pesquisa social a partir do paradigma dialético-crítico: do projeto à análise do dado. *In*: FERNANDES, I.; PRATES, J. C. (Org.) **Diversidade e Estética em Marx e Engels**. Campinas: Papel Social, 2016.

PRATES, J. C.; CARRARO, G. “Na prática a teoria é outra” ou separar é armadilha do capitalismo? **Argumentum**, vol. 9, núm. 2, maio-ago. 2017, pp. 161-171 Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475555301014>.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010166282011000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

RAICHELIS, R. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 116, p. 609-635, out./dez. 2013.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2020.

REIS, V. Breve Histórico do (Sub) Financiamento do SUS Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2013. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/breve-historico-do-sub-financiamento-do-sus/1174/>.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2013, vol.21, n. spe, pp.216-224. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692013000700027&script=sci_abstract&tlng=pt.

RODIGUES, F. M. S, BERNARDO, C. S. G., ALVARENGA, W. A., JANZEN, D. C. J., NASCIMENTO, L. C. Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**: Vol. 40. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100421

SAMPAIO, S. S. *et al.* O que disseram as/os assistentes sociais sobre: "Que desafios a conjuntura da Covid-19 apresenta ao seu cotidiano profissional? 2020. Disponível em: <https://ppgss.ufsc.br/pb/2020/07/17/artigo-o-que-disseram-asos-assistentes-sociais-sobre-que-desafios-a-conjuntura-da-covid-19-apresenta-ao-seu-cotidiano-profissional/>.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):1671-1680, 2008.

Disponível em:
http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/199393/1/pmed_21519656.pdf.

SANTOS, G. N. B.; Neoliberalismo e seus Reflexos na Política de Saúde no Brasil. ANAIS 7º Seminário Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, de 27 a 29 de Outubro de 2017. Disponível em:
<https://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/view/3954>.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2020.

SILVA, A. M. M. F.; RODRIGUES, M. L. R. Serviço Social e o Cuidado em Saúde. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v.14, n.1(19), jan./jun. 2015. Disponível em:
<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8638901>

SILVA, D. C; KRÜGER, T. R. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde: o significado no exercício profissional. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 18, n. 35, jan./jun. 2018. Disponível em:
<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/19578>.

SOB PRESSÃO. [Compositor e intérprete]: Gilberto Gil e Ruy Guerra. 2020.

SOLAN, L. G; BECK, A. F; BRUNSWICK, S. A. *et al.* H2O Study Group. The family perspective on hospital to home transitions: a qualitative study. **Pediatrics**. 2015;136(6). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26620060>.

SOUSA, C. T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional (The social worker practice: knowledge, instrumentality and professional intervention). **Emancipação**, 8(1). Disponível de:
<https://revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/119>.

SPEHAR, A.; CAMPBELL, R.; CHERRIE, C. *et al.* Seamless care: safe patient transitions from hospital to home. **Adv Patient Saf**. 2005; 1:79-98. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20459/>.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em:
https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Atencao_primaria__equilibrio_entre_necessidade_de_saude__servicos_e_tecnologia/291

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1987; São Paulo: Atlas.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. *In*: MOTA, A. E. *et al* (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez. 2009.

WEBER, L. A. F. Avaliação da Transição do Cuidado de Pacientes com Doenças Crônicas do Hospital para o Domicílio. 2018. 86 f. Dissertação (Mestrado). UFRGS, Escola de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/180541>.

WEBER, L. A. F. *et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.22, n.3, 2017. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615>.

WEBER, L. A. F. Atividades dos enfermeiros na transição do cuidado da alta do hospital para o domicílio: revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/147977>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272v>.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, C. Uma Semiótica da Integralidade: o Signo da Integralidade e o Papel da Comunicação. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS ABRASCO, 2006. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/cuidados-as-fronteiras-da-integralidade/4591>.

ZEURI, Mauro. A Análise crítica do ZOPP: Planejamento de Projeto Orientado por Objetivo enquanto método de planejamento e gestão compartilhada. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas, SP: [s.n.], 2002. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/252403>

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ANÁLISE DE DOCUMENTOS

- Natureza do documento:
- Ano:
- Disponível em:
- Concepção relacionada à Transição do Cuidado:
- Ações voltadas para à Transição do Cuidado:
- Observações:

APÊNDICE B – QUESTÕES GERADORAS

- Qual a compreensão do grupo sobre a Transição do Cuidado na saúde?
- Quais são as atribuições, papel e responsabilidades da/o Assistente Social na Transição do Cuidado?
- Quais as ações desenvolvidas pelas redes e profissionais da saúde estão relacionadas com a Transição do Cuidado na saúde?
- Quais os desafios para efetivar a Transição do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde?
- Quais as potencialidades da Transição do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Fernanda Brenner Morés e a orientadora Prof^a Dra. Maria Isabel Barros Bellini, responsáveis pela pesquisa **Desvelando a Transição do Cuidado na Política de Saúde: o trabalho da/o Assistente Social na perspectiva da integralidade da atenção à saúde**, estamos fazendo um convite para você participar como voluntário nesse estudo.

Esta pesquisa tem como objetivo investigar e analisar a compreensão dos assistentes sociais sobre a Transição do Cuidado, identificando suas atribuições e responsabilidades a fim de contribuir na qualificação do exercício profissional da/o Assistente Social e na consolidação do princípio da integralidade no SUS.

Para sua realização faremos dois grupos com assistentes sociais do XXX, com duração aproximada de 2 (duas) horas, que irá ocorrer no XXXXX. Escolhemos como técnica o instrumento Metaplan, por propiciar uma reflexão e construção coletiva sistematizada com o auxílio da visualização móvel. O grupo será gravado em áudio e o material elaborado será fotografado. Além da pesquisa de campo, será realizada uma pesquisa documental, previamente autorizada pela instituição, através da coleta de dados dos prontuários eletrônicos dos usuários da internação do XXXX para identificar o perfil dos usuários e as demandas relacionadas à Transição do Cuidado atendidas pelas equipes do Serviço Social da Internação do XXXX.

Em virtude da pandemia por Coronavírus, decretada pela OMS em 11 de março de 2020, esta pesquisa necessitou da revisão metodológica da coleta de dados visando a proteção dos participantes da pesquisa e da equipe de pesquisadores seguindo as orientações da Conselho Nacional de Ensino e Pesquisa (CONEP), Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A coleta somente será realizada de forma presencial de acordo com os critérios indicados, por isso iremos priorizar uma sala que permita a abertura das janelas para ventilação e o espaço de no mínimo 1 metro e meio entre os/as participantes. Será respeitado o número máximo de até 12 pessoas em uma mesma sala.

Nos encontros, serão obrigatórios o uso de máscara. Na sala estará disponível álcool gel e papel toalha. O material fornecido (canetas) para atividade será higienizado antes e depois do uso. As orientações para prevenção ao COVID-19 serão informadas no início de cada grupo.

No convite, solicitamos que quem estiver com algum tipo de sintoma ou não esteja se sentindo bem não participe do encontro. Os contatos das/dos participantes serão arquivados caso posterior ao encontro apresentem sintomas ou fiquem doentes por COVID-19, e seja necessário comunicar as autoridades de saúde para localizar pessoas que se expuseram e monitorar os sintomas.

Caso tenha algum sintoma posterior ao encontro deverá procurar a Central de Triage COVID-19 XXXX, localizada na Av. XXXXXXXX, em Porto Alegre.

Se não for possível e indicada a realização da coleta de dados da forma presencial, observando todas as recomendações, os encontros serão realizados através da modalidade on-line, com uso de uma ferramenta para reunião virtual, que seja mais acessível aos/as participantes. Todas as orientações para o uso da ferramenta serão informadas no convite à pesquisa.

Os **riscos ou desconfortos** possíveis são: sentimento de exposição, constrangimento ou/e desconforto durante a atividade, e será assegurado o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. Caso identifique durante a pesquisa algo neste sentido, manifeste-se. Estaremos atentas à sua participação e poderemos verificar formas de amenizar tais desconfortos, prestando acolhimento e assistência adequada. Assim, você pode desistir de participar da pesquisa ou retirar seu consentimento.

Os **benefícios** são: participar de uma pesquisa que contribui para a ampliação do conhecimento na área da saúde e para o exercício profissional da/o Assistente Social na saúde, e para qualificação e melhoria dos serviços de saúde.

As informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas através de publicações científicas ou em eventos científicos, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurada a privacidade, anonimato e o sigilo sobre sua participação. Você não receberá qualquer remuneração pela participação na pesquisa e não terá interferência no seu trabalho ou rotina.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com a pesquisadora responsável Prof^a Dra. Maria Isabel Barros Bellini no telefone XXXXXX ou com a acadêmica Fernanda Brenner Morés no telefone XXXXX a qualquer hora.

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@puhrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h.

Também, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderá entrar em contato com XXXXXXX, Coordenadora-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do XXXXX pelo telefone XXXXXX, endereço Av. XXXXXXX, XXXXXXXXX, 1º andar, das 08h às 12h e das 14h:30min às 15:30h.

O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste Termo de Consentimento. Você receberá

uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu, _____, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa ou de seu representante legal

Assinatura de uma testemunha

Declaração do profissional que obteve o consentimento

Expliquei integralmente este estudo ao participante. Na minha opinião e na opinião do participante, houve acesso suficiente às informações, incluindo riscos e benefícios, para que uma decisão consciente seja tomada.

Data: _____

Assinatura do Investigador

Nome do Investigador

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS

- Sexo:
- Idade:
- Procedência:
- Diagnóstico:
- Demanda solicitada/atendida pelo Serviço Social:

APÊNDICE E – GRADE DAS CATEGORIAS

COMPREENSÃO SOBRE A TC		
CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
Pouco conhecimento e discussões sobre o tema - 5 Compreensão sobre o conceito da TC - 3	FALTA DE PRODUÇÃO SOBRE O TEMA	FORMAÇÃO EM SAÚDE
Formação – residência - 3	FORMAÇÃO	
Articulação da rede - 5	INTERSETORIALIDADE CONTINUIDADE DO CUIDADO REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	INTEGRALIDADE NA SAÚDE
DSS 2 Reconhecimento das necessidades dos usuários/ autonomia do usuário - 4	INTEGRALIDADE AUTONOMIA DO USUÁRIO	
Interdisciplinar/ multidisciplinar - 6 Processo de trabalho - 2	INTER/MULTIDISCIPLINAR	
Família - 2	FAMÍLIA	POLÍTICA DE SAÚDE
Gestão - 2	GESTÃO	
Necessidade de fluxos - 1 Construção de uma ferramenta de TC	FLUXO	
Evitar reinternações - 1 Processo - 2 Continuidade do Cuidado - 1	PROCESSO CONTINUIDADE DO CUIDADO	
Comunicação entre serviços, profissionais da mesma equipe, famílias e usuários - 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

PAPEL, COMPETÊNCIA E RESPONSABILIDADES DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA TC		
CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
Articulação da rede - 7	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	INTEGRALIDADE
Intersetorialidade - 3	INTERSETORIALIDADE	
Conceito ampliado de saúde/ DSS/ Reconhecimento das necessidades dos usuários - 6 contexto que o usuário está inserido	CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE INTEGRALIDADE	
Vulnerabilidade/ SOCIAL - 1	QUESTÃO	

Trabalho em equipe, Interdisciplinar/ multidisciplinar - 5	Participação das ações em saúde INSERÇÃO NAS EQUIPES DE SAÚDE	TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE
Planejamento das ações: Programação da alta, Identificação de demandas, Rounds, fluxos - 5		
Falta de definição do papel de cada um - 2		
Sobrecarga de trabalho/ muita demanda - 2	PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO	
Comunicação com a equipe - 7	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO EM SAÚDE
Escuta ativa/qualificada - 5	VISIBILIDADE DO TRABALHO DO/A AS NA SAÚDE INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DO/A AS TRABALHO COM FAMÍLIAS COMPETÊNCIAS/ ATRIBUIÇÕES DO/A AS RESPONSÁVEL PELA TC	TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE
Acolhimento - 1		
Mediação - 1		
Atendimento com a famílias - 3		
Competências/ atribuições do SS - 3		
Transformar a realidade - 2		
PEP do SS - 1		
Reconhecimento do AS/ visibilidade profissional - 2		
Pandemia - 1		
Responsável pela TC - 1		

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA REDE E PROFISSIONAIS DE SAÚDE RELACIONADAS A TC		
CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
Escritório de Gestão de Altas 3 Programa de Atenção Domiciliar 2	PONTOS DA REDE DE SAÚDE	Política de saúde
Discussão de casos/Rounds - 5	COMUNICAÇÃO TRABALHO EM EQUIPE FERRAMENTAS/ INSTRUMENTOS PARA TC DE QUALIDADE	COMUNICAÇÃO
Interdisciplinaridade - 2		
Intersetorialidade - 1		
Articulação da rede - 1		
Falta de comunicação entre os diferentes serviços e profissionais 1		
prontuário eletrônico/ Nota de alta - 3		TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE
Construção de um fluxo de comunicação - 1		

DESAFIOS PARA EFETIVAR A TC		
CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
Falta de comunicação/ troca/ construção coletiva 4 Discussão em equipe 3	Falta de comunicação	COMUNICAÇÃO EM SAÚDE
Sobrecarga de trabalho/ MUITA DEMANDA/ Precarização do trabalho - 3 Interdisciplinaridade/ multidisciplinar Individualização do trabalho/ definições de papéis- 3 Fragmentação do trabalho/ rede/ ações - 1 DSS/ Reconhecimento das necessidades do usuário - 3 PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR - 1	PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE FRAGMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA RAS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR	TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE
Falta de fluxo, projeto, política pública - 4 Construção de fluxos/ Falta de fluxo - 3 Evitar a reinternação - 2 Pandemia Coronavírus - 4 Precarização da Política de Saúde Acesso aos serviços da rede – 1 Intersetorialidade - 3 Fragilidade/ precarização da rede/ Fragmentação da rede - 5 Fragmentação do cuidado - 3	FLUXO TC PANDEMIA PRECARIZAÇÃO DAS POLÍTICAS/ SERVIÇOS DE SAÚDE ACESSO A RAS FRAGMENTAÇÃO DAS AÇÕES DA RAS PRECARIZAÇÃO DA RAS	POLÍTICA DE SAÚDE

POTENCIALIDADES PARA EFETIVAR A TC		
CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
Articulação da rede - 2	RAS	INTEGRALIDADE

Continuidade do cuidado	INTERSETORIALIDADE	POLÍTICA DE SAÚDE
Construção coletiva		
Continuidade do cuidado		
Evitar reinternações - 1		
Intersetorialidade - 2	INTEGRALIDADE FLUXO TC	
Rede quente - 1		
Comunicação - 3		
troca	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO EM SAÚDE
	ARTICULAÇÃO	
Transformar a realidade - 1	DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE	CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE – integralidade/ política de saúde
Qualidade de vida – 1		
	CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE	
	INTEGRALIDADE	
Formação – Residência em Saúde – 1	INTERDISCIPLINARIDADE/MULTI	TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE
Enfermeiro - 1		
Agente comunitário de Saúde - 1		
	TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE	
	FORMAÇÃO EM SAÚDE	



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br