



Eixo: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional  
Sub-eixo: Trabalho Profissional

## A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL INTRAHOSPITALAR NO ÂMBITO DO SUS: AS CONTRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM HOSPITAL EM SÃO LUÍS (MA)

GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE CASTILHO<sup>1</sup>  
ANA PATRÍCIA DOS ANJOS SOUZA<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente artigo traz considerações sobre o desafio da garantia do direito à saúde sob a lógica da regulação assistencial no SUS, fazendo um resgate histórico da construção do sistema e da atuação do/a Assistente Social no âmbito da saúde, com o foco na atenção terciária. Pretende-se com essa análise contribuir para discussão sobre a importância da regulação assistencial intrahospitalar para viabilização do acesso dos usuários aos serviços hospitalares e o atendimento das suas demandas de acordo com os princípios do SUS, bem como a importância da prática profissional do/a Assistente Social, nesse processo, em um hospital em São Luís/MA.

**Palavras-Chave:** Garantia de direito; regulação assistencial intrahospitalar; SUS; Serviço Social.

**Abstract:** This article presents considerations about the challenge of guaranteeing the right to health under the logic of health care regulation in the SUS, making historical rescue of the construction of the system and the role of the Social Worker in health, with a focus on tertiary care. This analysis is intended to contribute to a discussion about the importance of in-hospital care regulation to enable users to access hospital services and to meet their demands in accordance with SUS principles, as well as the importance of the Social Worker's professional practice, in this process, in a hospital in São Luís/MA.

**Keywords:** Guarantee Of Right; Inpatient Care Regulation; Single Health System; Social Work.

### 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o campo da saúde tem oportunizado a realização de uma série de estudos, debates e publicações na busca da conceituação e avaliação da gestão pública da saúde.

Como tal, os estudos sobre a gestão da saúde pública buscam, de certa forma, compreender os modos de produção da saúde e o gerenciamento dos processos de trabalho muito prementes na questão da atenção e da gestão dos

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. E-mail <glauce\_galhardo2001@yahoo.com.br>.

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

serviços, propondo aos sujeitos implicados nestas práticas, o desafio de superar os limites e buscar novas formas de apreender a organização e a produção dos serviços nesse espaço, sobretudo, pelas contradições existentes no processo de implementação das ações.

Considerando a realidade vivenciada no sistema de saúde brasileiro, a regulação assistencial configura-se como um importante mecanismo de gestão e operacionalização do SUS, uma vez que os serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) precisam estar organizados, articulados e integrados de acordo com os níveis de complexidade para viabilizar o acesso dos/as usuários/as a estes serviços e garantir o atendimento sob a perspectiva da integralidade do cuidado.

Para elaboração deste trabalho utilizou-se a revisão bibliográfica e o estudo de leis, portarias e políticas no âmbito da saúde, tais como: a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e a Política Nacional da Regulação, dentre outras.

O presente artigo discorrerá, especialmente, sobre dois enfoques: breve histórico sobre as políticas de saúde no Brasil, os avanços com a criação do SUS tendo como referência o movimento da Reforma Sanitária e o trabalho do/a Assistente Social no âmbito da saúde, considerando principalmente a atenção terciária, e o segundo enfoque que trata da relevância da regulação assistencial intrahospitalar e o seu desafio para viabilizar o direito à saúde no âmbito da atenção hospitalar, considerando a atuação do/a Assistente Social no âmbito de um hospital que compõe a RAS do Município de São Luís do Maranhão.

## **2 A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL INTRAHOSPITALAR NO ÂMBITO DO SUS E AS CONTRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL.**

O direito à saúde foi institucionalizado no Brasil na Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde, após intenso debate político realizado pelos sanitaristas e trabalhadores comprometidos com democratização da saúde pública brasileira.

Conforme Bravo (2000)

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2000, p. 9)

O objetivo desses segmentos era possibilitar aos brasileiros/as a real efetivação de um sistema integrado, universal e gratuito com vistas à prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, baseado no fortalecimento da cidadania e do controle social.

Assim, a consolidação da política pública de saúde no Brasil ocorreu a partir das manifestações do movimento da sociedade civil organizada, cita-se o Movimento Sanitário e o Movimento Popular de Saúde, que questionavam não só a qualidade dos serviços prestados, como também reivindicavam a própria gestão e organização da política de saúde, entendidos como um processo primordial para a qualidade de vida da população.

Nesse sentido, demarca-se esse processo histórico a partir do início dos anos 80, em que são criados vários projetos que propuseram a substituição do modelo médico-assistencial privatista por um modelo de atenção à saúde. Tais projetos preconizavam a extensão da cobertura dos serviços de saúde para toda a população, com ênfase no acesso e na integração da saúde pública com a assistência médica individual, sendo essa proposição amplamente combatida pelos grupos médicos privados e pela própria burocracia do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) criado em 1974, uma vez que atingia o crescimento da indústria médica ou da medicina de grupo, cujo interesse não era a criação de um sistema público de saúde que funcionasse e, sim, o de uma assistência médica privatizada. (BRAVO, 2011)

O modelo privatista demarca-se pela ênfase na prática curativa, individual e assistencialista articulado ao Estado, cujos interesses estão vinculados ao capital internacional, via grandes grupos empresariais monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos. Ademais, tem-se um desenvolvimento de práticas médicas associadas ou compatíveis com a expansão capitalista, que imprimem uma diferenciação no

atendimento em relação ao usuário e finalidades que está prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (TEIXEIRA, 1986, p.207 apud Bravo, 2001)

Contraopondo-se ao modelo supracitado, a Carta Magna de 1988 reafirma a Saúde como direito de todos e dever do Estado, incluindo-a no Sistema de Seguridade Social, juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social e determina que os usuários tenham acesso igualitário e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. As instituições privadas têm sua participação de forma a complementar os serviços do SUS, cujos princípios básicos incluem a descentralização, com delegação de poderes para os níveis federal, estatal e municipal, tendo o atendimento integral com maior enfoque nas atividades preventivas e não mais curativas. (COHN; ELIAS, 1996)

Em que pese todos os avanços do SUS ao longo destes anos - regulamentação/normatização, descentralização político-administrativa e controle social - ainda persistem vários problemas que impactam diretamente na assistência prestada aos cidadãos brasileiros, ocasionando a não resolutividade das suas demandas, a perda de qualidade e até mesmo a limitação do acesso aos serviços de acordo com a real necessidade de saúde. Dentre esses problemas, podemos citar: inexistência de serviços e ações resolutivas na atenção primária, falta de leitos hospitalares, desarticulação entre os diversos serviços da RAS, problemas de gestão em todos os níveis, dificuldade econômico/financeira, descompasso entre a demanda real da população e a oferta dos serviços dos vários prestadores que integram o sistema, dentre muitos outros. Além disso, é importante sinalizar que houve uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população, aumentando a prevalência de agravos e doenças não transmissíveis/crônicas, fato que deve ser levado em consideração pois aumenta a procura pelos serviços e ações de saúde para atendimento e resolutividade dos problemas. (BRASÍLIA, 2014)

Diante desta conjuntura, podemos questionar frente à realidade do SUS, se o acesso realmente é universal, se temos uma prestação do cuidado efetiva e de qualidade pelos serviços ofertados pelas diversas instituições de saúde nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) do sistema, se o uso dos

recursos disponíveis é eficiente e eficaz, e se realmente as necessidades de saúde da população são atendidas de forma satisfatória, resolutiva e humanizada.

Quando se restringe essas reflexões sobre a realidade da prestação da assistência hospitalar, torna-se relevante considerar que se encontram inúmeros problemas que dificultam e, até mesmo impossibilitam, a resolução das demandas de saúde que requerem assistência especializada frente à escassez de recursos de média e alta complexidade, considerando a demanda que é muito maior do que a oferta dos serviços hospitalares, inadequada organização dos serviços, cujo modelo é centrado no profissional, e não no usuário/a, baixa produtividade, que pode ocasionar, por exemplo, uma longa espera dos “pacientes” para realizar cirurgias, fato que pode agravar seu estado de saúde levando até à morte.

Os hospitais integram o conjunto de instituições da atenção terciária, pois são unidades complexas que possuem um arcabouço tecnológico bem específico para atender os/as usuários/as com condições agudas ou crônicas com possibilidades de complicações de seu estado de saúde, as quais requerem uma assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Constituem-se como um conjunto de pontos de atenção da RAS cujo acesso à atenção hospitalar deve ser realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, levando em consideração o perfil assistencial dos hospitais, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades. (BRASIL, 2013)

Quando se define que o acesso aos serviços hospitalares deve ser regulado é importante analisar a Regulação do SUS, uma vez ser este um eixo do sistema importante para a organização, articulação, integração e disponibilização dos recursos mais adequados e oportunos para o atendimento das demandas, considerando os diversos níveis de complexidade do sistema e a integralidade do cuidado.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/02 instituída pela Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002 propôs que Estados e Municípios organizassem suas estruturas de controle, regulação e avaliação para garantir o acesso de seus cidadãos às ações e serviços necessários para a resolução dos problemas de saúde, otimizando recursos disponíveis e reorganizando a assistência, buscando a melhor alternativa em termos de impacto na saúde da população. Para a reorganização destas atividades, foram definidas atribuições básicas inerentes a cada nível do governo, a serem contempladas no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência prevista na NOAS.

Em 2008, a Política Nacional de Regulação foi instituída pela Portaria nº. 1559 de 01 de agosto de 2008 para ser implementada nas três esferas com as responsabilidades de cada ente federativo para organizar e fazer funcionar as três dimensões da Regulação. Essas dimensões, em linhas gerais, correspondem à Regulação de Sistemas de Saúde que contempla as ações relacionadas ao planejamento, auditoria, controle social, avaliação, vigilância sanitária e epidemiológica; à Regulação de Atenção à Saúde correspondendo à garantia da prestação de serviços de saúde, cadastramento dos estabelecimentos e profissionais no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), credenciamento de habilitação para prestação de serviços; e por fim, à Regulação de Acesso à Assistência contemplando o controle dos leitos disponíveis, consultas e SADT (Serviço de Apoio diagnóstico e terapêutico), padronização das solicitações de procedimentos através de protocolos assistenciais, regulação médica de atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências e o estabelecimento de referências entre as unidades dos diferentes níveis de complexidade. (BRASIL, 2008)

Sendo assim, a Regulação assistencial se constitui como um importante instrumento de gestão no processo de operacionalização da atenção à saúde organizando, ordenando e orientando as redes e fluxos assistenciais a fim de disponibilizar o serviço de saúde mais adequado ao paciente.

Sob a ótica da demanda, regulação de acesso busca qualificá-la, ou seja, disponibilizar o serviço de saúde mais adequado e disponível ao usuário em momento oportuno, racional, equânime, ordenado e

pautado em critérios de priorização de riscos. Sob a perspectiva da oferta, o que se busca é a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população com base em critérios epidemiológicos. Desta forma, o processo regulatório estabelece um redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), qualifica a utilização dos recursos assistenciais e financeiros e coíbe fluxos paralelos, com base em relações pessoais e outros critérios não científicos e não pactuados. (VILARINS, 2010, p. 83)

Essa dinâmica da macro regulação, a nível de sistema SUS, tem impacto direto nas instituições que compõem a RAS, uma vez que exige que essas tenham um certo nível de organização interna, a micro regulação, para que possam de fato dar respostas através da oferta dos seus serviços e então atender as demandas reguladas.

Os hospitais, frente a esta realidade e também para tentar resolver e amenizar a defasagem significativa entre o volume de demanda dos usuários e sua capacidade real de produção de serviços, precisam adotar diferentes estratégias para este fim. Daí surge a regulação assistencial intrahospitalar que se constitui um desafio na medida em que determina que o hospital organize toda a sua estrutura a fim de ordenar e coordenar todas as atividades/ações/serviços para garantir e facilitar o acesso da população aos recursos disponíveis, otimizando toda a capacidade instalada em prol dos atendimentos resolutivos e humanizados aos usuários.

Nessa perspectiva, pode-se inferir que a gestão da oferta se constitui, portanto, como o principal processo regulatório intrahospitalar, voltado à garantia de acesso em tempo oportuno às ações e serviços ofertados pelo hospital, considerando os critérios de priorização de riscos e vulnerabilidades. Organiza toda a circulação dos/as usuários/as dentro do hospital desde a porta de entrada, demandas originadas em consulta ambulatorial até a saída destes e mesmo o seu retorno, caso necessário.

Sob esta lógica de organização, coordenação e ordenação interna, se torna imprescindível conhecer toda a capacidade instalada do hospital e isso perpassa pelo conhecimento de todos os seus recursos existentes, tais como: recursos humanos (quantos profissionais existem na instituição, sua carga horária contratada bem como seu cumprimento); recursos físicos (quantidade de

leitos hospitalares, quantidade de salas para realização de consultas ambulatoriais, quantidade de salas cirúrgicas e box de urgência e emergência); recursos tecnológicos (quantidade de equipamentos para apoio diagnóstico e terapêutico bem como sua capacidade de produção). (BRASÍLIA, 2014)

Outro ponto importante para o conhecimento desta capacidade instalada refere-se à análise do perfil de utilização desses recursos, ou seja, a análise da produção global e por serviço, de acordo com a atividade que realiza, como por exemplo: Atendimento hospitalar: analisar a média de permanência dos/as usuários/as internados, a taxa de ocupação do hospital, o índice de rotação dos leitos e o intervalo de substituição, a mortalidade intrahospitalar; atendimento cirúrgico: tempo de espera dos/as usuários/as nas listas cirúrgicas, programação cirúrgica, taxa de suspensão das cirurgias, taxa de ocupação das salas cirúrgicas; atendimento de urgências: conhecimento do total de urgências atendidas, existência de triagem e classificação de risco, porcentagem das urgências que requerem internação; atendimento ambulatorial: conhecer a estrutura das agendas das consultas, a quantidade de consultas especializadas ofertadas à central de regulação do gestor municipal, o índice de absenteísmo dos pacientes, procedimentos diagnósticos e terapêuticos demandados a partir das consultas.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída através da Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para organização do componente hospitalar da RAS, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) dos Hospitais deve se constituir enquanto a interface com o complexo regulador do gestor municipal para viabilizar as condições necessárias para disponibilização e viabilização dos leitos, consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Em um hospital de São Luís que instituiu este Núcleo, conforme a legislação vigente, a equipe que o compõe tem a responsabilidade de realizar o gerenciamento dos leitos hospitalares visando ao aumento da rotatividade dentro de critérios técnicos, para diminuir o tempo de permanência dos/as usuários/as e o aumento da taxa de ocupação na possibilidade de que mais usuários/as tenham acesso e sejam cuidados em âmbito hospitalar.

Um dos profissionais que integram a equipe multiprofissional do NIR, o/a Assistente Social, é requerido por desenvolver ações junto aos usuários no contexto da regulação assistencial no SUS.

Sob essa ótica, é importante analisar o desenvolvimento do Serviço Social na área da saúde sem desconsiderar a evolução história da profissão e as contradições existentes na relação capital-trabalho, que têm como consequência o agravamento da “questão social”, requerendo formas de enfrentamento por parte dos trabalhadores, dentre os quais os inseridos na saúde, sobretudo, nos dias atuais quando se vivencia cotidianamente os ataques do projeto neoliberal ao Sistema Único de Saúde.

Conforme Yamamoto (1983), o Serviço Social é uma profissão introduzida no Brasil na década de 1930, sob os auspícios da burguesia emergente, como uma estratégia da classe dominante para disciplinar e atenuar os males sociais advindos da expansão capitalista. Nesse sentido, é

[...] produto da síntese dos projetos político-econômicos que operam no desenvolvimento histórico, onde se reproduz material e ideologicamente a fração da classe hegemônica, quando no contexto do capitalismo na sua idade monopolista, o Estado toma para si as respostas à “questão social” (MONTAÑO, 2007, p. 30).

No decorrer do seu processo histórico, pode-se inferir que a profissão insere-se no contexto das relações sociais e está inscrita na divisão social e técnica do trabalho, pois se constitui em um campo de saber, cujas respostas profissionais são de natureza investigativa e interventiva.

Nesse sentido, posto a necessidade de apreensão do Serviço Social na área da saúde, Bravo (2006) infere que a expansão do Serviço Social no país ocorreu a partir de 1945 e o número de profissionais na saúde se ampliou sob a influência norte-americana, em substituição à europeia. Esse processo de expansão é influenciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando a mudança do conceito de saúde, que enfocou os aspectos biopsicossociais exigindo a contratação de outros profissionais, dentre os quais o/a assistente social para atuarem em equipes multiprofissionais e na consolidação da Política Nacional de Saúde, que exigiu novos processos de

intervenção da categoria, dentre os quais, a concessão de benefício, a realização de plantão e triagem ou seleção dos “clientes”.

Bravo (2006) aponta que na década de 1950, os/as Assistentes Sociais mantiveram sua intervenção nos hospitais, no nível curativo e ambulatorial, mesmo com a criação dos centros de saúde desde a década de 1920, cujo espaço foi ocupado por profissionais médicos e enfermeiro. Nesse sentido, apontam duas hipóteses para isso: I – a ampliação da assistência médica hospitalar e a necessidade do profissional para atuar junto às contradições das demandas e; II – pouco entendimento sobre a ideologia desenvolvimentista, posto que o/a Assistente Social atuava prioritariamente sob a perspectiva do Serviço Social de casos.

Destaca-se que as ações dos/as Assistentes Sociais até a década de 1960 eram marcadas pela perspectiva conservadora, havendo uma homogeneização das propostas e respostas profissionais em relação às demandas apresentadas que, no seu bojo, tinham como objetivo a manutenção do *status quo*. Entretanto, Bravo (2011) preconiza que essa perspectiva não era unânime, pois diversos profissionais questionavam as ações dos/as Assistentes Sociais, especificamente associadas ao debate em torno do desenvolvimentismo.

Matos (2013) infere que somente a partir da segunda metade dos anos 1970 que vai ocorrer o processo de renovação do Serviço Social brasileiro, o qual apontou uma crítica ao tradicionalismo, sobretudo, advinda das forças democráticas, com repercussão direta na categoria profissional. Mesmo com essa perspectiva, não houve alteração do Serviço Social na Saúde, especificamente no período compreendido entre 1974 a 1979, apesar da organização da categoria e o surgimento de novas perspectivas para a intervenção profissional, de base marxista. O que continuou orientando as ações profissionais foi a vertente Modernizadora e “as produções teóricas, apesar de restritas na área, também não romperam com essa direção” (BRAVO, 2006, p.32).

As décadas de 1980 constituíram-se como períodos de grande efervescência política em torno do debate sobre o processo de

redemocratização no Brasil. Considerando esse debate, há dois movimentos que caminham paralelamente: o Movimento Sanitário e o Movimento que ocorre dentro do Serviço Social em torno do rompimento da base conservadora por meio de um grande debate teórico sobre a profissão, a mudança de concepções sobre as políticas sociais e o Estado, que deveriam ser fundamentados no marxismo (BRAVO, 2006).

A categoria dos/as Assistentes Sociais nesse período recebeu influência do Movimento Sanitário, especialmente porque este forneceu indicações importantes para a prática profissional. Contudo, Bravo (2011) aponta que a categoria não fez uma relação direta com o movimento da reforma sanitária, sobretudo, pela preocupação em discutir internamente os rumos da profissão, que naquele momento buscava romper com a base conservadora, demarcando o início da tendência hegemônica - a tradição marxista – na área acadêmica e nas entidades representativas da categoria profissional. A autora ainda preconiza que esse processo não possibilitou o avanço dessa tendência no conjunto dos profissionais da saúde e que de fato não se efetivou no cotidiano da intervenção na área da saúde.

Na década de 1990, o processo de trabalho dos/as Assistentes Sociais foi submetido à prova na área da saúde, posto o cumprimento das exigências do projeto privatista e a consolidação do projeto de reforma sanitária, cujas ações de saúde deveriam ser materializadas tendo como perspectiva o projeto ético-político profissional.

Contudo, a partir dessa década, o projeto privatista e o projeto de reforma sanitária requisitaram e vem requisitando ao Assistente Social distintas ações que contraditoriamente exigem, por exemplo, de um lado demandas que preconizam ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo, aconselhamento, e por outro lado, a busca pela democratização do acesso aos serviços de saúde, atendimento humanizado, interdisciplinaridade, respectivamente de acordo com as perspectivas supracitadas (BRAVO, 2011). E nesta contradição, acredita-se que os/as assistentes sociais estão tendo compromisso com os direitos da população usuária, com o fortalecimento do SUS e materializando suas ações a luz do

projeto ético-político profissional em meio às contradições postas na efetivação da política de saúde no Brasil.

Na atualidade, considerando a atuação em âmbito hospitalar, mais especificamente no NIR, têm-se as suas principais atribuições do/a Assistente Social: prestar orientação social ao usuário/a e familiares durante a admissão no hospital, avaliar os/as usuários/as com a média de permanência elevada investigando as causas de longa permanência para acionar os responsáveis em viabilizar a resolução dos problemas que porventura estejam impactando nesta internação prolongada; analisar as ações realizadas junto aos usuários/as crônicos viabilizando a “desospitalização”, a assistência domiciliar responsável, considerando as equipes de referência, a horizontalidade do cuidado, a família e a articulação/pactuação com outros pontos da rede para a continuidade da assistência.

Além deste espaço de atuação profissional, os/as Assistentes Sociais ocupam outros setores importantes dentro do hospital tais como o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS), desempenhando suas funções no âmbito da gestão hospitalar, e também ocupando as Unidades das Clínicas Médica e Cirúrgica atuando no âmbito da assistência direta ao usuário integrando as equipes multiprofissionais.

Este profissional, com o seu arcabouço teórico-metodológico, técnico-operativo e compromisso ético-político, ocupa este espaço institucional frente as adversidades vivenciadas com o Estado Mínimo, sob a ótica neoliberal, que repercute no cotidiano do hospital e na intervenção profissional, inclusive com a escassez de recursos financeiros que impacta diretamente na assistência prestada ao usuário.

Neste cenário, evidencia-se o desafio para viabilizar o direito à saúde à luz dos princípios e diretrizes constitucionais. Considerando a relevância da regulação assistencial intrahospitalar, o/a Assistente Social pode contribuir para ampliar o acesso dos/das usuários/as e a viabilização dos serviços hospitalares para atender suas demandas na medida em que: analisa indicadores e elabora relatórios com análise crítica, participando da tomada de decisões gerenciais para melhoria dos serviços ofertados e prestados pelos diversos setores; realiza

e participa das oficinas do Planejamento Estratégico Situacional do hospital que tem como produto o Plano Diretor Estratégico (PDE) com planos de ação para resolver os nós críticos num recorte temporal de quatro anos; integra uma equipe multiprofissional e participa das reuniões para discussão de casos dos/as usuários/as internados para viabilizar a alta hospitalar responsável, dentro do período adequado, possibilitando que mais usuários/as sejam admitidos e tratados nos leitos hospitalares; participa dos Colegiados Gestores do hospital fortalecendo a gestão participativa, dentre inúmeras outras atribuições e competências na luta pela superação dos desafios cotidianos, estruturais e conjunturais que podem restringir a garantia do direito à saúde dos/as usuários/as.

Entretanto, preconiza-se que em se tratando do trabalho em um hospital em São Luís/MA considera-se que a materialização do projeto ético-político por meio das ações profissionais está relacionada diretamente com a autonomia relativa dos/as Assistentes Sociais, posto que o desenvolvimento das ações/atividades depende diretamente dos meios/instrumentos ofertados pelo gestor, o que incidi na realização do trabalho profissional.

Destarte, o/a Assistente Social é um profissional estratégico no contexto da regulação assistencial intrahospitalar tendo como norte a luta em prol da garantia do direito à saúde, mesmo diante das contradições postas pelo sistema, buscando estratégias de intervenção à luz do projeto ético político contribuindo para que os princípios do SUS sejam de fato efetivados.

### **3 CONCLUSÃO**

À guisa de conclusão, destaca-se que a garantia do direito à saúde, sob a perspectiva da regulação assistencial intrahospitalar passa, indubitavelmente, pela luta por um SUS universal, integral e equânime, principalmente por que a política de saúde vem passando, nos dias atuais, por uma grave ameaça de retirada de todos os avanços adquiridos a partir da Constituição Federal de 1988,

por meio do incremento do projeto neoliberal, com impactos diretos nas ações, serviços e gestão da saúde.

Nesse sentido, apreende-se que a realidade do SUS em todos os níveis de atenção mostra que é preciso avançar na estruturação das formas de organização, gestão, regulação, controle e avaliação da oferta dos serviços e nos atendimentos das necessidades de saúde da população usuária.

Especificamente, infere-se a necessidade de construir práticas que fortaleçam esse mecanismo de gestão, por se tratar de uma estratégia importante na rede de atenção à saúde e para os/as usuários/as que necessitam de atendimento integral por meio do oferecimento desse serviço pelo SUS, no qual a equipe multiprofissional está inserida e não obstante o assistente social, que deve orientar-se para o aprimoramento do seu exercício profissional, de modo que possa refletir cotidianamente sobre as suas atribuições e competências no espaço sócio-ocupacional da saúde, e nesse sentido na regulação assistencial intrahospitalar, posto ser um espaço que enseja uma intervenção crítica e qualificada, em que as ações devem ser sistematizadas considerando as dimensões ético-político, teórica-metodológica e técnico-operativa.

## REFERÊNCIAS

BADUY, R. S. **A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200011)>. Acesso em: 18 nov. 2016.

BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 18 nov. 2016.

BRASIL. **Portaria GM Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/regulacao/arquivo/1493/legislacao>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

BRASIL. **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). Disponível em <<http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/52c702b09553f.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2012**. Norma operacional da assistência à saúde/ SUS. NOAS-SUS 01/02. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

BRASIL. **GESTHOS Gestão Hospitalar: Capacitação a Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde: Módulo II: Gestão Contemporânea nas Organizações de Saúde / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O HumanizaSUS na atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASÍLIA. **Desenvolvimento e implantação de dispositivos de gestão no âmbito da EBSEH/Matriz dos Hospitais Universitários Federais**. 2014

BRAVO, M. I. S. **As Políticas de Seguridade Social Saúde**. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000.

BRAVO, M. I. S. *et.al.* (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

COHN, A. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

COHN, A; ELIAS P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

ESCORES, S.; TEIXEIRA, L.A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista**. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983.

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

MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MONTAÑO, C. **A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução.** São Paulo: Cortez, 2007.

MATOS, M. C. **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.** 2. ed. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007.

VILARINS, G. C. M. **Regulação de acesso à assistência: conceitos e desafios.** 2010. Disponível em:

<[http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2010Vol21\\_1art10regulacao.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2010Vol21_1art10regulacao.pdf)>.

Acesso em: 18 nov. 2016.