

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

Inagaraí Rodrigues Almeron

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL
NA UNIDADE DE REABILITAÇÃO PULMONAR NO HUSM: A
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM EVIDÊNCIA**

Santa Maria, RS.
2017

Inagaraí Rodrigues Almeron

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL
NA UNIDADE DE REABILITAÇÃO PULMONAR NO HUSM: A
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM EVIDÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social, Área da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

Orientador Prof. Fábio Jardel Gaviraghi

Santa Maria, RS.
2017

Inagaraí Rodrigues Almeron

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NA
UNIDADE DE REABILITAÇÃO PULMONAR NO HUSM: A POLÍTICA NACIONAL
DE HUMANIZAÇÃO EM EVIDÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social, Área da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**.

Aprovado em 15 de dezembro de 2017:

Fábio Jardel Gaviraghi, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Cristina Kologeski Fraga, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS

2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Loida e Carlos Augusto (in memoriam) que cuidaram do meu filho para que eu pudesse trabalhar e estudar. Minha irmã querida Iratiani que sempre esteve ao meu lado não me deixando desistir. Ao filho amado, por quem tive forças de lutar e seguir em frente. Ao meu mozi Gerson, que desde quando nos conhecemos, sempre esteve comigo, com palavras de incentivo e motivação, mostrando que sem sacrifício não há vitória. As amigas Josi, Letícia, Lucier, Jana, Jaque e Mila, que de todas as formas me ajudaram nas horas que mais precisei, minhas irmãs do caminho que são as mais próximas, entre outras pessoas que sempre me deram forças para continuar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu energia e benefícios para concluir este trabalho;

- Aos meus pais que me incentivaram todos os anos que estive na faculdade;

- À minha irmã que mesmo longe me apoiou e indiretamente contribuiu que este trabalho se realizasse;

- Às minhas amigas e colaboradoras Cibele, Simone, Micheli, Aline e Andrina;

- Às minhas orientadoras de campo e acadêmica Iaçana C. Martins, Cássia Mocelin e Fernanda Mangini por sua paixão pelo Serviço Social;

- Ao meu orientador Prof. Fábio pela paciência comigo e minhas dificuldades;

- Enfim, agradeço todas as pessoas que fizeram parte desta etapa decisiva em minha vida!

RESUMO

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE DE REABILITAÇÃO PULMONAR NO HUSM: A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM EVIDÊNCIA

AUTORA: Inagaraí Rodrigues Almeron
ORIENTADOR: Fábio Jardel Gaviraghi

Este trabalho de conclusão de curso tem por objetivo apresentar as atribuições e competências do assistente social junto a uma instituição pública de saúde, bem como a importância do seu papel junto à equipe multiprofissional na Clínica Ampliada e Compartilhada. Utilizou-se, para tanto as experiências dos estágios supervisionados obrigatórios I e II em Serviço Social, realizado no Ambulatório de Reabilitação do Hospital Universitário de Santa Maria. Utilizando-se da Política Nacional de Humanização que busca por em prática os princípios do SUS, favorecendo a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários. Empregando-se a Clínica Ampliada e Compartilhada que é uma ferramenta teórica com a finalidade de contribuir na abordagem clínica do adoecimento e sofrimento, considerando a singularidade de cada usuário no processo saúde/doença. Optou-se por trabalhar nessa perspectiva no sentido de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, um direito social, mas que enfrenta enormes desafios, não atendendo em sua totalidade. O projeto de intervenção desenvolvido contribuiu para viabilizar o acesso as informações aos usuários do ambulatório de reabilitação pulmonar do HUSM, colaborando no processo de viabilização do direito à saúde na perspectiva preventiva e curativa.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada. Política de Saúde. Serviço Social

ABSTRACT

THE PROFESSIONAL EXERCISE OF STAGE IN SOCIAL WORKER IN THE PULMONARY REHABILITATION UNIT IN HUSM: THE NATIONAL POLICY OF HUMANIZATION IN EVIDENCE

AUTHOR: Inagaraí Rodrigues Almeron

ADVISOR: Prof. Dr. Fábio Jardel Garivaghi

This paper aims to present the attributions and competencies of the social worker with a public health institution, as well as the importance of its role with the multiprofessional team in the Expanded and Shared Clinic. For this purpose, the experiences of the compulsory supervised internships I and II in Social Service performed at the Rehabilitation Outpatient Clinic of the University Hospital of Santa Maria were used, utilizing the National Humanization Policy, which seeks to practice SUS principles, favoring communication between managers, workers and users. The Expanded and Shared Clinic was used as a theoretical tool with the purpose of contributing to the clinical approach to illness and suffering, considering the singularity and each user in the health / disease process. It was observed to work in this perspective in order to guarantee health as a right of all and the duty of the State, a social right, but that faces enormous challenges, not taking full account. The intervention project contributed to enable the access to information to the users of the HUSM pulmonary rehabilitation clinic, collaborating in the process of enabling the right to health in a preventive and curative perspective.

Keywords: National Humanization Policy. Expanded Clinic. Health Policy. Social Work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATU	Associação dos Transportadores Urbanos de Passageiros de Santa Maria
CIAVA	Centro Integrado de Atendimento a Vítimas de Acidente
CTMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
DAH	Departamento de Administração Hospitalar
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
LAC	Laboratório de Análises Clínicas
NOB	Norma Operacional Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Política Nacional de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. POLÍTICA DE SAÚDE: SUA CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA E ELEMENTOS ATUAIS.....	11
2.1. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A CLÍNICA AMPLIADA.....	14
2.1.1 A Aplicabilidade da Clínica Ampliada em Ambulatórios hospitalares	17
2.1.1.1 O Assistente Social e o seu processo de trabalho na política de saúde	18
3. VIVÊNCIAS DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL: ALGUMAS ANÁLISES	22
3.1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)	22
3.1.1 O trabalho do assistente social no HUSM: a unidade de reabilitação em foco.....	29
3.1.1.1.O Projeto de Intervenção: Ações na unidade de reabilitação pulmonar.....	36
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem por objetivo apresentar as atribuições e competências do assistente social junto a uma instituição pública de saúde, bem como a importância do seu papel junto à equipe multiprofissional na Clínica Ampliada e Compartilhada. Para tanto a reflexão será realizada utilizando-se das experiências vivenciadas no ambulatório de reabilitação pulmonar, do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

O ambulatório de reabilitação pulmonar utiliza a clínica ampliada e compartilhada como uma estratégia para um atendimento humanizado, no qual os profissionais realizam o acolhimento e elaboram o PTS (Projeto Terapêutico Singular) em conjunto, além de realizarem apoio matricial (reuniões de equipe semanalmente e contato com demais profissionais da rede, entre outros).

Justifica-se tal reflexão pela necessidade da construção de conhecimentos que irão contribuir com as atividades do primeiro ambulatório com operacionalização da Clínica Ampliada com foco na reabilitação pulmonar no hospital universitário de Santa Maria.

A Política Nacional de Saúde vem, desde seus primórdios, não sem suas contradições, contribuindo para a proteção e promoção da saúde da população em seus territórios específicos. Tal política se faz necessária para descentralizar e ampliar o conceito de Saúde, que compreende o processo de saúde-doença como advindos das condições de vida e trabalho.

De acordo com Bravo (2000, p. 90) a saúde passou a ser percebida como “questão social”, no Brasil, a partir do século XX. Durante a década de 20 do mesmo século só quem trabalhava com carteira assinada tinha acesso a saúde. Na década de 30, o Estado passou a intervir, surgindo assim às primeiras políticas sociais voltadas para a saúde. As décadas de 30 a 45 foram marcadas pelo início da profissão de Serviço Social no Brasil.

Já um dos esforços da Política Nacional de Humanização (PNH) está na possibilidade de retomar a função central do usuário enfermo dentro das práticas clínicas do sistema de saúde, e dos trabalhadores como protagonistas que têm como responsabilidade atuar no sistema, intercedendo nas relações e construindo práticas que estimulem a participação de todos.

O assistente social, que integra as equipes tem o compromisso ético-político de trazer para o espaço institucional a informação, o conhecimento e o saber, que por vezes desconhecido pela população usuária, afirmando assim a edificação de seu projeto ético político profissional bem como para o fortalecimento das ações voltadas para a humanização em saúde.

Frente a essa realidade, logo após essas considerações introdutórias, será evidenciado o capítulo II, que irá realizar um apanhado teórico da temática em evidência. No capítulo III algumas análises sobre as vivências do estágio obrigatório em serviço social. Na sequência, apresentar-se-á e analisar-se-á as vivências de estágio no ambulatório de reabilitação que serviram de base para tal reflexão. Por fim, serão tecidas algumas considerações finais.

2. POLÍTICA DE SAÚDE: SUA CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA E ELEMENTOS ATUAIS

Para abordar e problematizar a política de saúde, e posteriormente a atuação profissional por meio da clínica ampliada faz-se necessário observar o contexto da constituição de tal política e seus desafios. A Política Nacional de Saúde – PNS –vem para contribuir com a proteção, promoção e recuperação da saúde da população em seus territórios específicos, explorando aspectos socioeconômicos e políticos.

Observa-se que desde o processo da reforma sanitária, que foi a luta de vários segmentos da sociedade brasileira para uma saúde com mais qualidade e saneamento básico abrangente, ampliaram-se as discussões e debates sobre os processos de trabalho dos profissionais considerados da área de saúde e como deveria ocorrer sua atuação junto aos usuários que acessam esse direito social.

Isso pode ser percebido principalmente a partir de 1988, onde as políticas de saúde foram definidas como todas as leis, estratégias, organizações e melhorias para melhor qualificar a saúde.

Entende-se como política de saúde,

[...] as políticas de saúde dependem da concepção sobre direitos sociais e, embora a sociedade do período pudesse formalmente ser caracterizada por seus aspectos democráticos – como eleições periódicas e existência de partidos políticos – os limites das concepções sobre equidade, então vigentes, restringiram o modelo de saúde possível (PAIVA, 2014, p.29).

A Reforma Sanitária baseava-se, no sentido de reafirmar princípios e diretrizes, no intuito de construir alianças comprometidas com democratização da saúde. A saúde deixou de ser interesse apenas dos peritos para assumir um comprimento político, estando estreitamente vinculada à democracia. O movimento de reforma sanitária constitui-se em importante estratégia de superação da concepção de que saúde era tão somente ausência de doenças. O conceito ampliado de saúde incluiu o completo bem estar biopsicossocial de todos os sujeitos (PAIVA, 2014).

Para Teixeira (2008), os anos de lutas sociais são constituídos de sujeitos políticos, representados por mecanismos de reivindicações, mobilizações e de problematizações de necessidades sociais. São resultantes de políticas sociais, como mecanismo de administração dos conflitos e manutenção da ordem, além disso, são etapas constitutivas de um padrão legítimo de trato às diversas expressões da questão social. Representado por um modelo hegemônico de proteção social, em que é constituído pela luta de classes e pela correlação de forças.

Segundo Bravo (2001), as questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

A partir da década de 70, do século passado, aumentam as lutas por um sistema de saúde que atendesse as demandas e necessidades da população brasileira, o movimento sanitário, toma corpo e voz. Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, consolidando-se, junto com todos os segmentos da sociedade, contribuindo com o relatório final que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde, na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do SUS (MOREIRA, 2007).

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado (BRAVO, 2001).

Conforme Pasche (2008, p. 03),

A saúde coletiva, em síntese, emerge de um movimento plural, que resulta em um processo que articula um novo fazer sanitário: a produção de atenção à saúde determinada e condicionada pela complexidade do seu objeto, assim como a gestão dos processos de trabalho no campo da saúde.

Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, para ser sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos – atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros (BRASIL, 2015). O SUS¹ é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, uma política de Estado que amplia direitos sociais e busca assegurar a cidadania.

A partir dos anos de 1990, as Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS, estruturação da rede básica de saúde, aprovação da norma operacional básica (NOB/1992), descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social (INAMPS). Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares, acesso e distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/Aids, criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos.

A atenção primária é alcançada como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega processo de baixa densidade. A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito subjetivo e grupal, que abrange a acesso e o amparo da saúde, a prevenção de agravos, a análise, a terapêutica, a reabilitação e a manutenção da saúde.

¹O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Abrange do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos e é o único a garantir acesso integral, universal e igualitário. (BRASIL, 2009, p. 01).

A média complexidade ambulatorial é arranjada por atos e aparelhos que visam atender as principais dificuldades e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica exija a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

A alta complexidade é conjunto de processos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população ingresso a serviços distintos, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes para melhor atender seus usuários (BRASIL, 2011).

2.1. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A CLÍNICA AMPLIADA

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003, com base nos princípios do SUS, a qual visa o cuidado e gerenciamento da saúde dando autonomia e fluidez para os trabalhadores e usuários da saúde no cuidado de si, produzindo mudanças nos modos de trabalho. Essa política, também, aborda orientações na efetivação do direito à saúde e do significado do trabalho em saúde vistas que, os desafios nos processos de reforma sanitária foram no intuito de ter-se mais e melhor saúde e, ao mesmo tempo, tentando assim ampliar a satisfação e realização profissional dos trabalhadores da saúde.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – PNH (2009, p.64) aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade.

Os princípios da Política Nacional de Humanização - PNH (2013), são pautados para melhor atender e compreender os usuários com tratamento mais humanizado, uma vez que são apresentados da seguinte forma, como a transversalidade, onde a singularidade do assistido e a suas diferenças nas práticas em saúde conversam entre si, a indissociabilidade entre atenção e gestão, que faz o entrosamento entre a gestão dos serviços, tomadas de decisões e nas ações de

saúde coletiva, o protagonismo que faz a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, reconhecendo o papel de cada um, usuários, pacientes, trabalhadores e cidadãos de direitos.

As Diretrizes da PNH e os conceitos que a norteiam são o acolhimento com uma escuta qualificada, assegurando a prioridade dos atendimentos a partir das vulnerabilidades, seriedade e risco, a Gestão Participativa e Cogestão, através de encontros para organizar e experimentar acordos de novas práticas que favoreçam mudanças para melhor incluir usuários e trabalhadores em uma participação mais ativa entre eles, a ambivalência que faz discussão das necessidades de usuários e trabalhadores no aproveitamento dos espaços de conversa para um melhor trabalho em saúde.

A Política Nacional de Humanização traz como uma de suas estratégias, a Clínica Ampliada² e Compartilhada, a qual busca um melhor atendimento as mais diferentes demandas na área da saúde, visando maior atenção da equipe para com os usuários.

Para um melhor atendimento, faz-se necessário o acolhimento, uma vez que favorece a construção da relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços, possibilitando também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira, formando-se uma equipe de referência.

A Equipe de Referência é a menor unidade de poder em uma organização, tendo sempre uma composição interdisciplinar. É uma forma de articular a interdisciplinaridade com o poder organizacional. Conforme a Política Nacional de Humanização -PNH (2013, p. 10), o Apoio Matricial e a Equipe Referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

²A clínica ampliada é um instrumento teórico e prático com finalidade de contribuir para um enfoque clínico do adoecimento e do sofrimento, que atenda a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Comportando o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos prejuízos e ineficácia. (BRASIL, PNH, 2009).

Outro objetivo dessa estratégia é o trabalho compartilhado em equipes para soluções individuais ou coletivas. Para isso, necessita de assessoramento, comunicação fácil e escuta sensível para a melhor compreensão dos problemas sociais com a família e comunidade, dando assim suporte para os profissionais de saúde, a gestão deve fazer um enfrentamento das dificuldades pessoais no trabalho, entre elas, falta de motivação, participação, conflitos entre equipes e fragmentação das mesmas.

É importante ressaltar, que o planejamento individual de tratamento do usuário é fundamental essa estratégia, por isso é elaborado o PTS- Projeto Terapêutico Singular. O PTS é composto pelas ações ou práticas de saúde a ele indicadas e será construído pela equipe de referência (equipe interdisciplinar), para atender as suas reais necessidades e singularidades podendo assim, não só tratar o que está doente, mas ampliar seu olhar sobre a situação presente. Essas novas comunicações entre trabalhadores são feitas a partir do apoio matricial.

O Apoio Matricial une os serviços de saúde, utilizando outros serviços ou ações de saúde, existentes na rede, através da interdisciplinaridade para chegar a transversalidade, como meta facilitadora no tratamento da doença e muito mais, na manutenção da saúde. De acordo com o Humaniza SUS,

A Clínica Ampliada exige dos profissionais de saúde, portanto, um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade. O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, um pouco deste processo de permanente construção social em que todos influenciam e são influenciados (BRASIL, PNH, 2009).

A Política Nacional de Humanização traz uma desconstrução de conceitos, como por exemplo, de que o trabalho do médico é apenas consultas e receitas médicas e que só o mesmo faz a parte clínica. A partir disso, usa-se a Clínica Ampliada e Compartilhada como uma estratégia da Política Nacional de Humanização, na busca de um melhor atendimento às mais diferentes demandas na área da saúde visando maior atenção da equipe para com os usuários. (BRASIL, PNH, 2009).

2.1.1 A Aplicabilidade da Clínica Ampliada em Ambulatórios hospitalares

A aplicabilidade da clínica ampliada no ambulatório de reabilitação pulmonar dá-se através dos processos de conhecimento pessoal, com a superação dos atendimentos tradicionais limitados a um único profissional. A clínica ampliada juntamente com o PTS traz para o usuário um momento de acolhimento, onde o mesmo sente-se aberto para a conversação, junto a equipe multiprofissional, tornando o atendimento mais amplo e revelador, fazendo o usuário expressar seus sentimentos em relação a doença ou situação presente.

Assim, o conhecimento da singularidade de cada usuário faz do PTS e o Apoio Matricial, ferramentas nas descobertas mais específicas para cada situação, pois, é através das avaliações e debates sobre cada caso que se aproximam os usuários da possibilidade de compreensão e do autoconhecimento no momento da vida de cada um, principalmente diante da doença, conseguindo dar visibilidade ao fortalecimento de vínculos com a equipe, família e sociedade.

A reabilitação pulmonar dentro de hospitais, enfatizando os universitários, tem por objetivo propiciar a seus usuários as condições de saúde respiratória nas tarefas diárias, trazendo autonomia para fatos simples, como tomar banho e se alimentar com menos gasto de energia física, evitando assim, a exaustão e consequentes internações hospitalares.

Por isso, à operacionalização da clínica ampliada e compartilhada é utilizada como melhor alternativa para o atendimento humanizado, pois, essa estratégia retira a visibilidade da doença, dando um significado para uma melhoria no tratamento, ou seja, direciona na saúde como um todo. Percebe-se que a PNH surge, para atender o usuário como sujeito de direitos, que deve ser tratado com respeito visando um atendimento humanizado, criando vínculos entre usuários, gestores e profissionais. (PNH, 2013).

Dentro da reabilitação pulmonar, trabalhou-se com usuários avaliados com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica-DPOC. As doenças crônicas estão relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico incerto com longa ou indefinida duração, possuindo períodos de agudização, levando por vezes, a incapacidades, requerendo intervenções de tecnologias leves,

médias e duras, associadas a novos estilos de vida, cuidado contínuo que nem sempre garantem a cura (BRASIL, 2013).

As doenças crônicas (diabetes, obesidade, hipertensão, DPOC, neoplasias, entre outras), correspondem a problema de saúde de grande importância, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. Segundo a OMS (2003), em 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento. Os determinantes sociais também impactam muito na prevalência das doenças crônicas. Com as desigualdades sociais, diferença no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade, falta de informações de modo geral aumentam os agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

Com essas informações mencionadas, busca-se gerar maior desenvolvimento em implementação de políticas públicas efetivo para a prevenção, cuidado e controle dessas doenças crônicas não transmissíveis – DCNT.

Por fim, o próximo subtítulo tratará sobre a atuação do assistente social em seu processo de trabalho na política de saúde, trazendo um breve histórico do Serviço Social no Brasil.

2.1.1.1 O Assistente Social e o seu processo de trabalho na política de saúde

Este subtítulo abordar-se-á sobre o profissional assistente social no seu processo de trabalho na política de saúde, trazendo um breve histórico do Serviço Social no Brasil.

Com o movimento de reconceituação, essa visão de doação e benesse começa a se modificar, os assistentes sociais iniciam a luta pela ruptura do Serviço Social tradicional, passando a pensar criticamente a prática profissional, possibilitando a busca de um novo fazer para os problemas sociais e econômicos, e um processo de revisão crítico e mais atuante do Serviço Social.

Segundo Vasconcelos (2011, p. 76),

No final da década de 70, ganha destaque, na relação Estado – Sociedade, o movimento pela democratização de saúde, que, envolvendo intelectuais, profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes criou condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira. Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita à

dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre a organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde.

Com a inclusão do Serviço Social na área de saúde, buscou-se a construção do exercício profissional a partir de um modelo médico clínico, onde o assistente social era identificado como aquele que contribuía para com o trabalho do médico. Matos (2013 *apud* Pinheiro, 1985), diz que o Serviço Social surge nos hospitais com o intuito de criar um vínculo da instituição com as famílias e os usuários, priorizando a garantia do seu tratamento após a alta hospitalar, bem como realizar um trabalho com a família para que esta não sofresse com a ausência do provedor.

A atuação do Serviço Social desde seu surgimento tem relação com a saúde. No Brasil, iniciou com influência europeia, a saúde fazia parte da formação profissional, no entanto não era a área atuante dos profissionais. Ainda neste período de 1930, é importante ressaltar que o trabalho realizado pelo Serviço social, era caritativo e assistencialista, sendo o exercício da profissão voltado aos cuidados aos doentes e pobres, se caracterizando na benesse do trabalho curativo.

O profissional do Serviço Social na área da saúde tem sua intervenção baseada nos fenômenos sócios culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde (CFESS, 2010).

Segundo Martinelli (2011), o assistente social é um profissional que trabalha diretamente com o usuário, quando exerce suas funções no atendimento com pessoas que estão internadas em hospitais, a fragilidade e vulnerabilidade é ainda maior, e precisam não somente de diagnósticos médicos ou medicamentos, necessitam também de uma palavra, uma escuta de modo atento, um olhar, de um gesto acolhedor. Oferecer atenção completa ao paciente, e se humanizar, e tornar humano o atendimento que está sendo oferecido.

O trabalho do assistente social na Política de Saúde é desenvolvido por meio de ações socioassistenciais, socioeducativas, de mobilização social, no controle social, atuando diretamente com o usuário, onde já no acolhimento se depara com pessoas que na sua maioria se encontram fragilizadas esgotadas física e

mentalmente, à procura de informações que se fazem necessárias para a efetivação dos seus direitos sociais (CFESS, 2010).

O assistente social deve ter como base os referenciais teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativo da profissão, buscando a garantia da efetivação das políticas públicas para assim, assegurar os direitos sociais dos usuários. A competência ético-política traduz-se no posicionamento político do assistente social diante das múltiplas expressões da questão social³, para que possa ter clareza da direção social que deve seguir sua prática profissional. A competência teórico-metodológica se refere, à qualificação do profissional para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha (NETTO, 2006).

O profissional deve ser crítico-reflexivo, para que possa visualizar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes. A competência técnico-operativa é o conjunto de habilidades técnicas que permitem ao profissional desenvolver as ações junto à população usuária e às instituições contratantes. Com isso as ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio de reflexão com relação às condições sócio-históricas, a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito a saúde.

Referenciando a ação do assistente social, os parâmetros para a atuação do mesmo na saúde se estruturam a partir do conhecimento da realidade e dos sujeitos, estudando qual melhor abordagem realizar-se-á para o enfrentamento da questão social. O assistente social atua nos quatro eixos da saúde, que são o atendimento direto aos usuários, mobilização, participação e controle social, na investigação, planejamento e gestão.

Conforme os parâmetros para a atuação do assistente social na área da saúde,

Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos

³Conforme lamamoto (2006) Questão Social é definido como fruto das desigualdades sociais e das contradições da sociedade capitalista.

usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social (CFESS, 2010, p. 42).

Sendo assim, o trabalho da assistente social torna-se fundamental para a garantia dos direitos dos usuários, facilitando o conhecimento e o entendimento de conflitos pelos quais pode estar passando ou até mesmo prevenir vulnerabilidade e risco social.

No seu exercício profissional, um dos maiores desafios do assistente social, é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas voltadas à efetivação de direitos dos usuários. Sendo por meio da compreensão, abarcar o que consiste a atuação do assistente social na relação com o usuário.

O trabalho do assistente social nos hospitais como em qualquer outra área, deve ser um exercício de empatia, pois, colocando-se no lugar do usuário será possível visualizar suas condições e necessidades dentro de cada quadro específico de realidade.

Para Yazbek (2009), a intervenção profissional do assistente social pode ser caracterizada pelo atendimento às demandas e necessidades sociais de seus usuários, que podem produzir resultados concretos, tanto nas dimensões materiais, quanto nas dimensões sociais, políticas e culturais da vida da população, viabilizando seu acesso às políticas sociais.

Como profissional inserido na divisão sócio técnica do trabalho, o assistente social é demandado a desenvolver ações como gestor e executor de políticas sociais, programas, projetos, serviços, recursos e bens no âmbito das organizações públicas e privadas, operando sob diversas perspectivas, como no planejamento e gestão social de serviços e políticas sociais, na prestação de serviços e na ação socioeducativa (YAZBEK, 2009).

O Serviço Social atua historicamente no âmbito da prestação de serviços de saúde e nesse campo a inserção dos profissionais ocorre em todos os níveis de atenção à saúde e em contextos multiprofissionais. Tal inserção, como resgatam Mioto e Nogueira (2009, p. 231), “tem sido marcada tanto pelos processos societários em curso como pela própria condição da profissão”. Segundo as

autoras, a ação profissional do assistente social na saúde assenta-se em três pilares: necessidades sociais em saúde, direito à saúde e produção da saúde.

As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social.

A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde (MIOTO E NOGUEIRA, 2009, p. 223). Para as autoras, esses pilares alicerçam eixos argumentativos e contribuem para instrumentalizar os assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais, nos quais a doença e seu entorno alcançam dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos.

Com isso, para o próximo capítulo abordar-se-á as vivências do estágio obrigatório, na instituição HUSM no ambulatório da reabilitação pulmonar, fazendo algumas análises dos dados e a apresentação do projeto de intervenção executado nesta instituição.

3. VIVÊNCIAS DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL: ALGUMAS ANÁLISES

Neste capítulo, abordar-se-á e analisar-se-á as vivências do estágio obrigatório em Serviço Social, ao qual está organizado da seguinte forma. Inicialmente apresenta-se a instituição Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, desde sua fundação e como são desenvolvidos os serviços ali oferecidos, onde se desenvolveu o estágio no ambulatório da reabilitação pulmonar. Logo após, abordar-se-á o trabalho do assistente social nas mais variadas funções e por fim, o projeto de intervenção executado nesta instituição.

3.1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), desde sua fundação em 1970, é referência em saúde para a região central do Rio Grande do Sul. Sendo um

órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria, a instituição atua como hospital-escola com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde.

O Hospital Universitário⁴ tem como visão, “Ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas” (HUSM, 2016) e como missão, “Desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental”. Baseando-se em princípios e valores que são ética, transparência e qualidade nas ações, responsabilidade institucional, compromisso com as pessoas, respeito às diversidades, comprometimento social e ambiental.

A necessidade de um hospital-escola surgiu com a criação do curso de medicina, em 1954. Esse curso era vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul, de Porto Alegre. A partir de 1956, por meio de convênio, o Hospital de Caridade Astrogildo Cezar de Azevedo passou a funcionar como Hospital-Escola de Santa Maria.

A Lei n. 3.695, de 18 de dezembro de 1959, prevê a execução de obras do Hospital Regional de Tuberculose de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. A Lei n. 3.958/61 delegou à UFSM poderes para executar as obras do Hospital Regional de Tuberculose, iniciadas em 1959, transformando este em Hospital Universitário.

Em 1970, o prédio destinado ao Hospital Regional de Tuberculose (do Serviço Nacional de Tuberculose, DNS-MS) foi transformado em Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, localizado na Rua Floriano Peixoto, Centro, ao lado do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo.

O HUSM era vinculado ao Departamento de Administração Hospitalar (DAH) da Universidade Federal de Santa Maria que congregava administrativamente o Hospital Universitário Setor Centro, Setor Psiquiátrico, Setor Cidade Universitária, o Laboratório Industrial e Hospital de Clínicas Veterinárias incluindo o Biotério. Tinha por finalidade, proceder a estudos de organização e reorganização, bem com sua implementação nas diversas unidades a ele subordinadas, procedendo a estudos,

⁴ Informações coletadas na página do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM.

dar pareceres e determinar providências aos processos médicos, técnicos, administrativos e difundir atividades médico-científicas das unidades do departamento.

Conforme Resolução n. 89, de 31 de outubro de 1980, o DAH, foi reestruturado com a denominação de Hospital Universitário de Santa Maria. A transferência do Hospital Universitário Setor Centro, teve início em 1º de julho de 1982, juntamente com a transferência dos ambulatórios e clínicas. Em 13 de julho de 1982, foram transferidos os pacientes internados.

No dia 14 de julho do mesmo ano, houve a transferência dos Laboratórios de Análises Clínicas (LAC) e demais equipamentos e a partir do dia 18 de julho, iniciaram-se as internações já no Hospital Universitário de Santa Maria.

O HUSM serve como base de atendimento primário dos bairros que o cercam para o atendimento secundário à população no município-sede e para o atendimento terciário da região centro e fronteira gaúcha. Constitui-se, no único hospital público da região, para aonde são canalizados pacientes terciários, portadores de complicações clínicas ou cirúrgicas, ocasionando internações de alto custo e alto índice de permanência no hospital. A instituição presta serviços assistenciais em todas as especialidades médicas e serve de treinamento para alunos de graduação e pós-graduação.

Possuem em sua infraestrutura, ambulatórios, enfermarias, unidades de tratamento intensivo (adulto, pediátrico e neonatal), centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de transplantes de medula e unidade de internação hemato-oncológica, unidade renal, setor psiquiátrico, pronto atendimento, laboratório de análises clínicas, serviços de traçados gráficos, setor de endoscopia, setor de radiologia, setor de radioterapia, serviço de fisioterapia, serviço de controle de infecção hospitalar, lavanderia, serviço de nutrição e dietética, almoxarifado, oficinas de manutenção e caldeiras e arquivo.

O Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) é o único no interior do Estado, no qual foram investidos valores arrecadados junto à iniciativa privada, órgãos governamentais, governo do estado do Rio Grande do Sul, municípios da região e da comunidade, contando com a mais moderna tecnologia e atendendo pacientes do Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

O HUSM possui área administrativa onde se concentram a direção-geral, clínica, de ensino e pesquisa, de administração e de enfermagem. Nos diversos pavimentos, encontram-se os alojamentos para médicos plantonistas, residentes e contratados e alunos do curso de medicina. Possui ainda, amplo refeitório para as equipes de plantão e acompanhantes de pacientes.

Os atendimentos prestados à comunidade são realizados nos 291 (duzentos e noventa e um) leitos da Unidade de Internação e nos 37 (trinta e sete) leitos da Unidade de Tratamento Intensivo, além das 53 (cinquenta e três) salas de ambulatórios, 11 (onze) salas para atendimento de emergência, nas 06 (seis) salas do Centro Cirúrgico e nas 02 (duas) salas do Centro Obstétrico. São diagnosticadas e tratadas diversas formas de procedimentos em saúde, sempre procurando aliar a tecnologia a uma equipe de profissionais e estudantes treinados e atualizados. Outro fato importante do HUSM é de ser um dos únicos hospitais da região centro que atende pelo SUS.

São prestados diversos serviços especializados e de ponta de mercado, fazendo com que a demanda seja superior a sua capacidade física e pessoal. Por isso, o Hospital Universitário precisa se adequar constantemente a estas situações para continuar prestando seus serviços com a mesma competência e qualidade já conhecidas pela comunidade nestes mais de 30 anos de atuação (HUSM, 2015).

No ano de 1999, o HUSM assinou um convênio com Consórcio Intermunicipal de Saúde⁵ que proveu o atendimento de serviços de urgência e emergência gratuitos nas especialidades de traumatologia, ortopedia, neurologia, clínica geral, psiquiatria, infectologia, medicina interna e serviços de diagnóstico e tratamento pelo SUS para mais de 30 municípios da região.

O Pronto Socorro Regional do Hospital Universitário de Santa Maria, inaugurado em outubro de 2012, é um dos mais modernos do país com capacidade para 31 (trinta e um) leitos, 04 (quatro) salas cirúrgicas, uma ampla sala de espera, consultórios diferenciados e salas de procedimentos, de observação adulta, pediátrica, psiquiátrica e isolamentos.

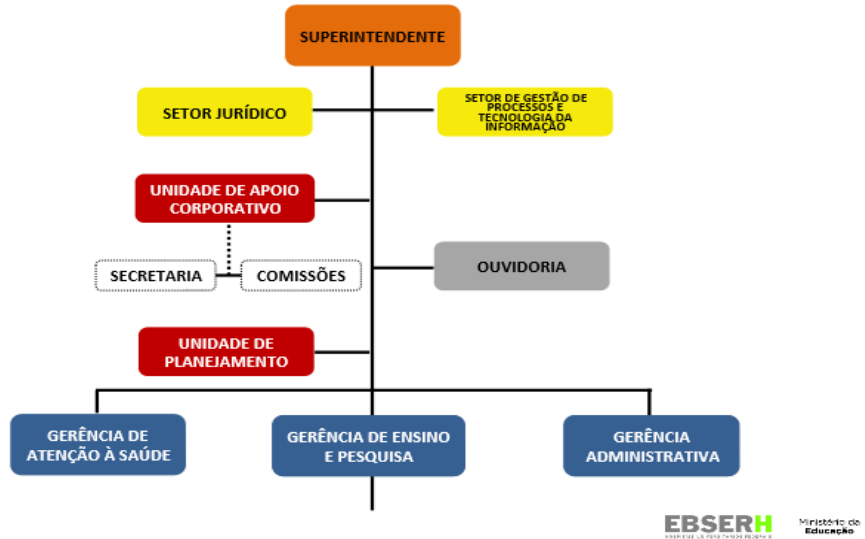
⁵Significa a união de dois ou mais entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns (BRASIL, 1997).

Os atendimentos prestados à comunidade são realizados nos 403 (quatrocentos e três) leitos, sendo 354 (trezentos e cinquenta e quatro) da unidade de internação e nos 49 (quarenta e nove) leitos da unidade de tratamento intensivo. Além das 58 (cinquenta e oito) salas de ambulatório, 10 (dez) salas para atendimento de emergência, nas 07 (sete) salas do centro cirúrgico e nas 02 (duas) salas do centro obstétrico. São diagnosticados e tratados vários procedimentos em saúde, procurando sempre aliar a tecnologia a uma equipe de profissionais e estudantes treinados e atualizados.

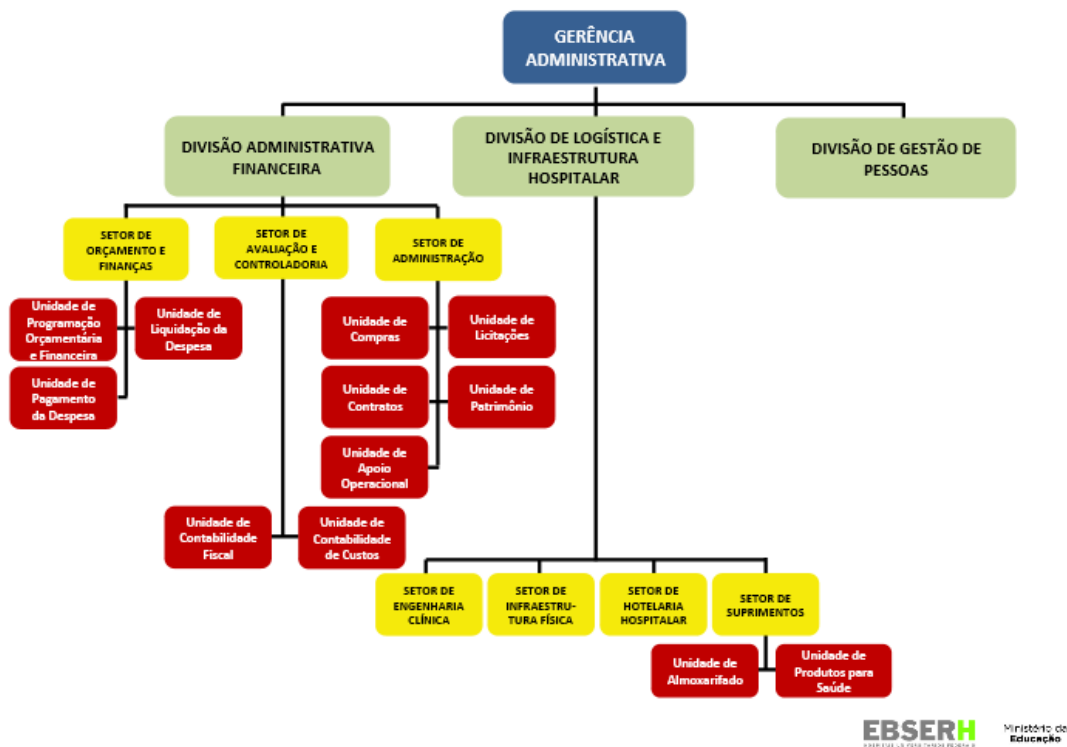
Esta equipe é composta por 169 (cento e sessenta e nove) docentes, 1.099 (um mil e noventa e nove) funcionários do Regime Jurídico Único (RJU), 706 (setecentos e seis) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) em nível de apoio, médio e superior, 597 (quinhentos e noventa e sete) funcionários de serviços terceirizados, além de 2.255 (dois mil e duzentos cinquenta e cinco) alunos-estagiários de graduação da UFSM, residentes, mestrandos e doutorandos.

Somente com engajamento e com a preocupação constante desta equipe com o bem-estar dos usuários, que o HUSM pôde desempenhar suas funções com eficiência, legitimando constantemente a sua missão. São realizadas, segundo as médias anuais de 2015, em torno de 13.217 (treze mil e duzentos e dezessete) internações, 7.376 (sete mil e trezentos e setenta e seis) cirurgias no Bloco Cirúrgico e 16.022 (dezesseis mil e vinte e dois) em pequenas cirurgias ambulatoriais, 2.355 (dois mil e trezentos e cinquenta e cinco) partos, 162.588 (cento e sessenta e dois mil e quinhentos e oitenta e oito) consultas ambulatoriais, 27.645 (vinte sete mil e seiscentos e quarenta e cinco) consultas no Pronto Atendimento e 1.042.120 (um milhão e quarenta e dois mil e cento e vinte) exames.

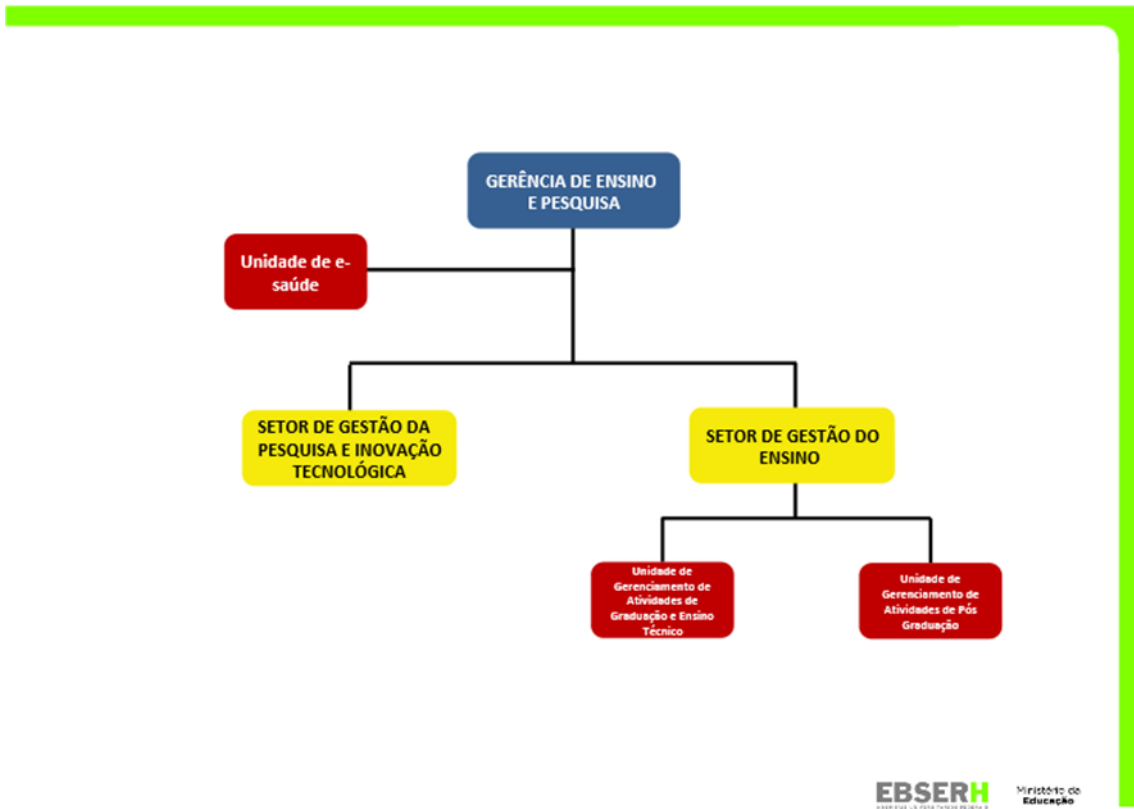
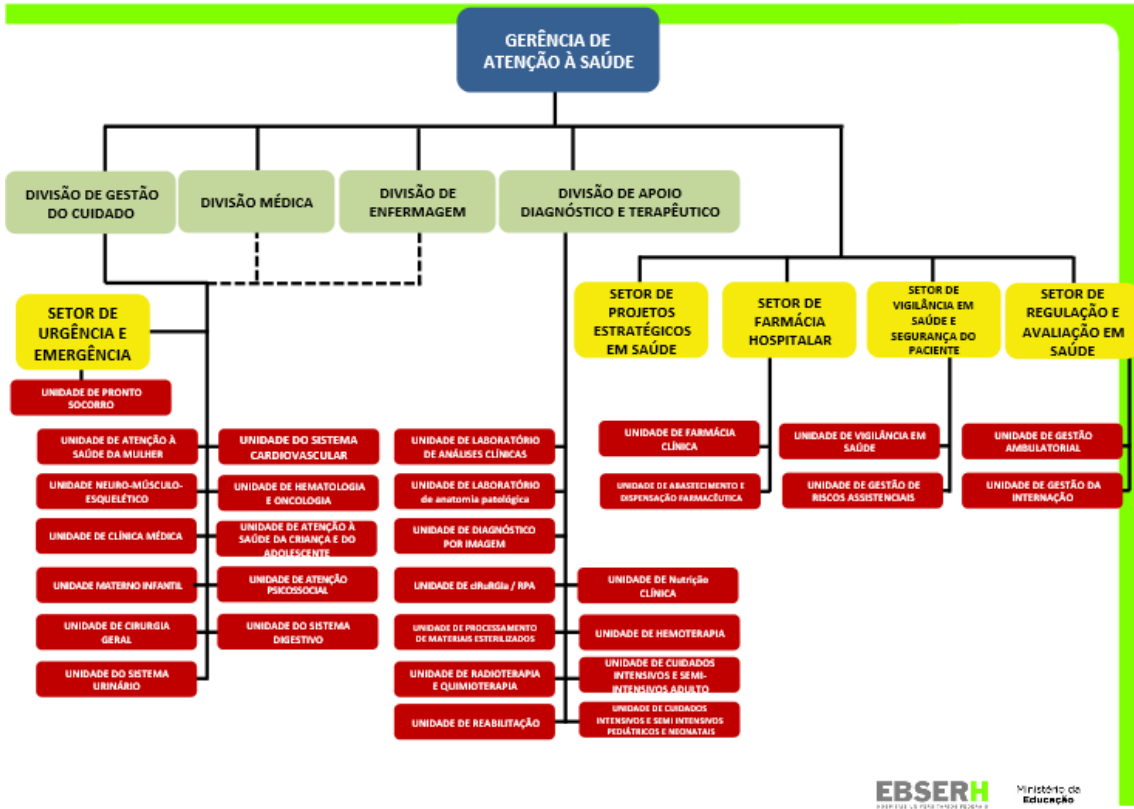
Abaixo, está o organograma do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, para melhor visualizar como estão constituídos os serviços, e onde encontramos a unidade de reabilitação, que faz parte da Gerência de Atenção a Saúde.



FONTE: HUSM, 2016



FONTE: HUSM, 2016





FONTE: HUSM, 2016.

Por fim, o próximo subtítulo falará sobre o trabalho do assistente social na instituição, tendo como foco, na unidade de reabilitação.

3.1.1 O trabalho do assistente social no HUSM: a unidade de reabilitação em foco

Em março de 1970, iniciou o Serviço Social no HUSM, conhecido como Serviço Social Médico, com a Assistente Social Maria Esther Maciel Weinmann. O Serviço Social passou a contar com duas assistentes sociais e mais uma auxiliar social.

Não há história do Serviço Social especificamente na Instituição registrada em documentos, mas através de informações documentais da história do hospital, no ano de 1994. Identificou-se que com algumas limitações de verbas e atuando sozinha, foi que a Assistente Social Elizabeth de Mendonça desenvolveu seu trabalho.

A profissão de assistente social foi regulamentada pela Lei Federal 8.662/1993, que estabelece suas competências e atribuições, como também, a conduta profissional que é especificada pelo Código de Ética Profissional (1993). A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 06 de março de 1997, determinou o conjunto das profissões em saúde e nela reconheceu a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde (CFESS, 2010).

Atualmente, o Hospital universitário conta com 14 assistentes sociais, sendo 03 concursadas através de Regime Jurídico Único e 11 concursadas através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que é uma empresa que integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior.

Desde 2010, por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (RHUF), criado pelo Decreto nº 7.082, foram adotadas medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das unidades, com a modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede, com aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde.

As demandas do Serviço Social são trazidas pela equipe multiprofissional, como também através da busca ativa, onde os próprios Assistentes Sociais as reconhecem através das expressões da questão social vistas nos acolhimentos e atendimentos dos usuários.

Com isso, as expressões da questão social surgem a cada dia com maiores demandas, onde se faz necessário à presença de um profissional de serviço social no ambulatório da reabilitação assim como em todo o hospital. A falta de leitos, médicos, especialistas que se afastam por motivo de saúde e seus pacientes ficam

sem retorno para novo médico, os contatos com outras cidades para que o transporte traga seus usuários que fazem tratamento nos ambulatórios.

O serviço social na unidade de reabilitação teve início a partir de maio de 2015, onde a assistente social foi alocada para fazer parte da equipe revascularização e (assim atender as demandas do ambulatório). A Equipe do REVICÁRDIO trabalha com um conjunto de ações para transmitir aos pacientes informações necessárias sobre a sua doença, os motivos de seu aparecimento e as medidas que poderão contribuir para a sua reabilitação e a prevenção de novos episódios.

A Assistente Social atende os usuários agendados na grade de atendimento do dia, participa das reuniões de equipe quinzenalmente, com intuito de ver demandas dos usuários. Atende mais por encaminhamento de outros profissionais ou demanda espontânea. As demandas observadas desses usuários foram transporte, medicação, encaminhamento para benefícios socioassistenciais, entre outras.

O Serviço Social no ambulatório de Fisioterapia atua com bastante frequência, atende por encaminhamento de profissionais de outras áreas e demanda espontânea. Em dois grupos (na fisioterapia neurofuncional que tem o Programa Interdisciplinar de Atenção a Hemiplégicos Pós-AVC e Grupo de Estagiários para Reabilitação Pulmonar de Qualquer Doença Crônica), o Serviço Social atua mais diretamente, pois desde a inclusão do usuário no grupo realiza o acolhimento (atendimento social) e se necessário realiza um acompanhamento social. As demandas observadas são, a falta de transporte de prefeituras que se negam a trazer pacientes, passagens para o transporte coletivo, medicamentos.

Percebe-se, que na unidade de reabilitação o serviço social vem atuando em várias demandas, como a orientação para aquisição de cadeira de rodas, próteses, órteses, passagens para transporte coletivo municipal entre outros.

O horário de atendimento do Serviço Social da Unidade de Reabilitação (Revascularização) funciona conforme as consultas com os demais profissionais, obedece a uma grade de horários nos quais atende as demandas pré-agendadas, porém, sem deixar de atender qualquer demanda espontânea que necessite de seu serviço, agendado nas mesmas grades como consulta excedente.

A assistente social, além de fazer parte da equipe do REVICÁRDIO, também coordena os atendimentos do CIAVA⁶, que visa promover a assistência clínica ambulatorial ampliada, assegurando a integralidade no processo de recuperação e manutenção da saúde; se direcionando a população em vulnerabilidade, vítimas diretas e indiretas atingidas pelo incêndio na boate Kiss, residentes em Santa Maria e em toda a sua área de abrangência. O atendimento e a orientação poderão ser estendidos para vítimas residentes em locais fora da área de abrangência através de agendamento prévio.

O assistente social atua de forma interventiva, investigativa e reflexiva na viabilização dos direitos da população através das políticas sociais. A especificidade do Serviço Social dentro de uma instituição de saúde tem por objetivo identificar os determinantes em saúde revelados nos aspectos sociais, econômicos e culturais relacionados ao processo saúde - doença, buscando formas de enfrentamento individual e coletiva para estas questões (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

São atendidos pelo Serviço Social, pacientes/usuários com as mais diversas expressões da questão social. Segundo Yamamoto (2005, p. 92),

Dar conta das particularidades das múltiplas expressões da questão social na história da sociedade brasileira é explicar os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações sociais cotidianas.

Não existe uma idade e um perfil exato da população usuária da Revicardio, são em sua totalidade pacientes pós-cirúrgicos da reabilitação cardíaca, alguns necessitam de atenção e acolhimento do profissional Assistente Social para demandas de transporte e encaminhamento de medicamentos, entre outros.

Nos acolhimentos e atendimentos é possível analisar quais são essas expressões da questão social, muitos não possuem documentação, estão em extrema vulnerabilidade social, não sabem dos seus direitos previdenciários, outros são alcoolistas e/ou usuários de demais drogas, o que faz com que o Assistente Social faça também encaminhamentos, entrando em contato com a rede socioassistencial dos municípios. Portanto, fazem-se necessários encaminhamentos

⁶ Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidentes – CIAVA, trata dos usuários do incêndio da Boate Kiss.

e orientações para a viabilização desses direitos, para assim abrandar essas vulnerabilidades, buscando a qualidade de vida dos mesmos.

As principais demandas do serviço social no Revicárdio se misturam com as demais demandas do hospital, devido a grande procura por usuários de outras cidades que precisam de transporte e fazem acompanhamento com vários médicos conforme seus tratamentos.

As expressões da questão social reforçam a cada dia as demandas existentes, bem como apresentam novas a cada dia, onde se faz necessário a presença de um profissional de serviço social no ambulatório da reabilitação assim como em todo o hospital. A falta de leitos, médicos na psiquiatria, especialistas que se afastam por motivo de saúde e seus pacientes ficam sem retorno para novo médico, os contatos com outras cidades para que o transporte traga seus usuários que fazem tratamento no HUSM, sem falar nos contatos com a rede que se fazem necessários, mas nem sempre obtemos sucesso.

Com isso as ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio de reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde.

O assistente social deve ter como base os referenciais teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativo da profissão, buscando a garantia da efetivação das políticas públicas para, assim, assegurar os direitos sociais dos usuários.

As atribuições e competências dos profissionais de serviço social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos dos assistentes sociais no artigo 2º do Código de Ética assegura “garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na lei de regulamentação da profissão e dos princípios firmados neste código” (CFESS, 2000, p.42).

As competências e atribuições dos assistentes sociais, nessa direção e com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; - identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

A Lei de Regulamentação da Profissão estabelece, no seu artigo 4º, como competências⁷, entre elas,

Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população; - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos (CFESS, 1993, p.44-45).

Sendo assim, o trabalho da assistente social é de fundamental importância para a garantia dos direitos dos usuários, uma vez que facilita o conhecimento e o entendimento de conflitos pelos quais pode estar passando ou até mesmo prevenir situações de vulnerabilidade e risco social.

O assistente social deve ser um referencial para os pacientes e familiares durante os atendimentos hospitalares, isso porque o quadro de saúde quando se torna instável por alguma patologia, podendo modificar a perspectiva e capacidade de enfrentar dificuldades por parte do usuário no serviço de saúde, mas também de seus familiares em orientar e auxiliar suas ações. É com este compromisso, que o assistente social é inserido na área da saúde, exercendo de fato seu papel de mediador nas relações sociais existentes na sociedade.

Garantindo este direito, o assistente social tem papel de desenvolver estratégias oportunas para cada caso de acordo com suas peculiaridades, independente de raça, crença, gênero e classe social. O profissional de Serviço Social trabalha com a contínua busca por atendimento humanizado e igualitário em hospitais, sendo este um diferencial na identidade do Serviço Social (SILVA, 2013).

⁷Segundo Terra (1998), competências são qualificações profissionais para prestar serviços que a lei reconhece, independentemente de serem, também atribuídas a profissionais de outras categorias.

Uma das ações observadas no processo de trabalho da assistente social na instituição durante o estágio foi, da cidade de Agudo, município o qual tem convênio com o HUSM. O usuário J.P*⁸ de 23 anos que levou um tiro que atingiu sua coluna vertebral, tornando-o paraplégico, veio tratar-se no HUSM devido à gravidade de seu estado de saúde, uma vez que em Agudo os recursos são apenas de baixa complexidade.

No decorrer das consultas e retornos J.P e sua mãe foram encaminhados a falar com a assistente social, onde relataram que o transporte não ia buscá-los em casa, que deveriam vir até o hospital da cidade para serem levados ao HUSM, sendo que, J.P e sua mãe residem na localidade de Morro Seco, interior de Agudo, com estrada de chão e difícil acesso. O motorista se negava a trazer a cadeira de rodas de J.P no transporte, sem ela os exercícios de fisioterapia não eram realizados com sucesso. O hospital de Agudo se negava a ir fazer os curativos em J.P e a assistente social do município, não fazia as visitas de acompanhamento. A equipe de saúde da família (ESF) também não atendia sua residência. Depois desse relato, a assistente social foi inteirar-se do que estava realmente acontecendo na cidade de Agudo que não estava dando suporte a J.P.

Ligando para a prefeitura de Agudo e pedido para falar com o secretário de saúde, o mesmo se mostrou desinteressado da situação de J.P, salientou que nada sabia sobre as atitudes do motorista e falou que para facilitar e ter atendimento J.P deveria mudar-se para o centro da cidade, onde estaria sendo melhor atendido. Estionado sobreOferecido o aluguel social e demais recursos para a mudança de residência do mesmo, questionado, o secretário havia dito que não teria como negociar.

Em uma nova ligação, foi falado com a assistente social do município que disse não poder fazer nada, que J.P não era bem visto na cidade, e em outras palavras, não merecia tanto empenho e ajuda do hospital, porém, a assistente social do HUSM salientou que, independente do fato ocorrido, J.P tem direito a saúde, transporte gratuito e atendimento médico hospitalar.

⁸Nome do usuário fictício.

De acordo com os parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde,

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990, art. 3º).

Realizados todas as ligações e anotações, a assistente social encaminhou J.P para que procurasse a Defensoria Pública da cidade para garantir seus direitos. Algumas semanas depois, a mãe de J.P retorna e fala que nada havia mudado na situação do filho. Apenas salientou que, estava ganhando no posto de saúde dez pacotes gaze, uma bisnaga de 50g de pomada e um rolinho de esparadrapo, para durar toda a semana. Entretanto, J.P deveria ter seus curativos trocados 3x no dia ou sempre que estivessem vazando devido às escaras (feridas que surge devido à falta de mudança de posição, comum a pessoas acamadas em casa e paraplégicos). Sem o tratamento das escaras J.P, não consegue ser encaminhado pra o Hospital da Rede Sarah referência em reabilitação. Além de ser agricultor e do interior, J.P e sua mãe não possuem recursos para mudança de domicílio, gastos com transporte até o centro da cidade e compra de curativos.

Este caso percebeu-se o quanto o profissional tem que estar preparado para a sua prática cotidiana, avigorando a necessidade de um amplo conhecimento e um olhar diferenciado, para assim, desenvolver suas habilidades e competências.

Por fim, o próximo subcapítulo abordará o projeto de intervenção executado na unidade de reabilitação pulmonar da instituição HUSM.

3.1.1.1. O Projeto de Intervenção: Ações na unidade de reabilitação pulmonar

De acordo com os estágios I e II, no primeiro foram observadas todas as atividades da assistente social, seus encaminhamentos e seu trabalho junto aos usuários da unidade de reabilitação, já no segundo estágio passou-se das

observações para os atendimentos e prospecto do projeto de intervenção. Todas as observações foram anotadas em forma de diários de campo, para melhor apreender e concluir as vivências.

O projeto de intervenção consistiu em uma proposta de intervenção voltada aos usuários que participam da Reabilitação Pulmonar, que acontece na Unidade de Reabilitação, no Serviço de Fisioterapia. A aplicação do projeto teve por objetivo geral, democratizar direitos, elevar a autonomia dos usuários, através do acompanhamento social.

Foi realizado um primeiro atendimento, com questionário estruturado com perguntas fechadas e abertas, que teve por objetivo acolher e conhecer o perfil de cada usuário, que iniciaram o acompanhamento no ambulatório da fisioterapia no primeiro semestre de 2017, fazer o levantamento das demandas sociais (transporte, medicamento, prótese, órtese, benefício previdenciário, conflitos familiares, entre outros) desses usuários, realizar os encaminhamentos necessários à rede socioassistencial e o acompanhamento sociais desses usuários e efetivar acompanhamento social dos usuários com intuito de elevar sua autonomia.

Salienta-se que esse primeiro momento, realizou-se através da clínica ampliada, onde participava uma equipe mínima, composta por assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta e psicólogo. Depois do atendimento, era realizado o Projeto Terapêutico Singular, contendo as demandas apresentadas pelo usuário e as atividades a serem desenvolvidas e qual o profissional responsável pelas atividades.

Como estagiária, participei ativamente das entrevistas e conversas com os usuários e principalmente das discussões detalhadas dos casos e relevância de cada situação, opinando quando eram demandas para o serviço social, debatendo qual melhor estratégia para aquele/a usuário/a estabelecendo-se assim as necessidades de contato com a rede socioassistencial que melhor poderia atender tais demandas, como medicamentos, consultas e transporte, entre outras.

Foram realizadas 22 (vinte e duas) avaliações pela equipe de referência, executados no projeto de intervenção, de acordo com a ficha de avaliação da equipe multiprofissional, observou-se que destes 10 (dez) são idosos com mais de 60 (sessenta) anos, aposentados com renda mensal de 1 (um) salário mínimo, 2 (duas)

crianças entre 06 (seis) e 09 (nove) anos, 1(um) adolescente de 16 (dezesesseis) anos 2 (dois) homens e 7 (sete) mulheres com idade de 40(quarenta) a 59 (cinquenta e nove) anos. De acordo com o preenchimento de ficha social ressaltam-se, 15 (quinze) usuários são de Santa Maria, 03 (três) de Júlio de Castilhos, 01 (um) de São Martinho da Serra, 01(um) Formigueiro, 01(um) Agudo, 01(um) de Santiago.

Salienta-se que destes 22 (vinte e dois) usuários, 13 (treze) apresentaram demandas sociais como: conflitos familiares, dificuldade no transporte para o atendimento, dificuldade para adquirir medicação, falta de informação sobre encaminhamento de Inter consultas e agendamento de exames, dificuldade para encaminhamento de benefícios sócio assistenciais, entre outros. Todos esses foram atendidos no ambulatório do Serviço Social, onde realizamos acompanhamento social, através de atendimentos, mobilização, visita domiciliar, entre outras.

Vários foram os encaminhamentos realizados como: contato com a rede de apoio dos municípios (saúde, assistência social, entre outros), orientação sobre encaminhamento: de gratuidade no transporte coletivo, do transporte social, de oxigênio domiciliar, de redução da taxa de energia elétrica por uso de oxigênio domiciliar, de medicação via estado, município e/ou judicial, encaminhamento para outras especialidades, entre outras.

Diante disso, podemos observar que os usuários são em sua maioria idosos, residentes do município de Santa Maria/RS, aposentados que recebem em torno de um salário mínimo. Conforme o exposto acredita-se que o projeto foi interessante devido a sua visibilidade para outros ambulatórios que necessitam de uma assistente social para demandas que não são conhecidas dessas unidades. E o contato direto cria vínculos de confiança entre profissional e usuário, tornando o atendimento realmente mais humanizado, tratando cada usuário em sua singularidade, descortinando acessos e direitos.

A seguir, menciona-se abaixo 3 (três) atendimentos relevantes feitos pela a assistente social na unidade de reabilitação.

O primeiro atendimento foi ao Sr. Zé, 60 anos, casado, que faz acompanhamento com fisioterapeuta devido a um acidente vascular cerebral (AVC). O mesmo foi encaminhado para assistente social para demanda de

passagens – Passe Livre. A assistente social fez a orientação ao usuário em relação aos documentos necessários, horários de atendimento na ATU.

O segundo atendimento foi à mãe da usuária Lu, que não se encontrava bem, se queixava de falta de ar, taquicardia, dor de cabeça devido às injeções realizadas às 17h30min do dia anterior. Após o relato da usuária para a assistente social, a mesma encaminhou-a que falasse com o médico neurologista que acompanha a filha detalhando o mal-estar. No mesmo dia, após falar com o médico, a mãe de Lu deu retorno a assistente social contando que o médico disse ser efeito colateral das injeções e que trocaria as mesmas.

Conforme a lei de regulamentação nº 8.662, de 7 de junho de 1993, artigo 4º, inciso III, é de competência do assistente social “encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; somado ao código de ética”. No artigo 5º, diz que é dever do assistente social,

Garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios do código de ética (CFESS, 1993, p.29).

O terceiro atendimento foi com o usuário Je, acompanhado da mãe, adolescente de 16 anos que levou um tiro, faz uso de fisioterapia e urologista. A mãe relatou a assistente social que o filho não está querendo vir nas sessões de fisioterapia devido à demora no atendimento queixando-se de dor enquanto espera. A assistente social orientou a mãe de Je que, o mesmo fizesse uma força e viesse nas consultas, pois, muitas faltas atrasariam o tratamento e se ele ficasse um ano sem vir nas consultas voltaria a ser atendido pelo município. A orientação de um profissional serve para dar um norte ao usuário, guiando-o na melhor escolha de seus procedimentos para que seu objetivo seja alcançado.

Todos os atendimentos mencionados acima apresentaram e utilizaram-se dos princípios e diretrizes da PNH, onde o acompanhamento assegura a prioridade dos atendimentos a partir das vulnerabilidades, seriedade e risco, pois a transversalidade do atendimento conversa entre si pelas práticas em saúde. A indissociabilidade se fez através do entrosamento da gestão dos serviços, tomadas de decisões que favoreçam mudanças para melhor incluir usuários e trabalhadores, por meio de uma participação mais ativa entre eles. Observou-se

também a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, reconhecendo o papel de cada usuário, paciente ou trabalhador, onde a ambivalência abre a discussão das necessidades dos mesmos para um aproveitamento dos espaços de conversa para um melhor trabalho em saúde.

Isso pode ser percebido na prática, desde a inclusão do usuário no Programa de Reabilitação Pulmonar. No acolhimento e avaliação inicial, esse momento é efetivado através de formulário elaborado pela equipe multiprofissional, levando em consideração três enfoques: biomédico, social e psicológico, no entanto, é proporcionado que o usuário fale sobre suas dúvidas, medos, sentimentos, para isso se faz necessário que os profissionais realizem uma escuta sensível, proporcionem o dialogo, ou seja, estimule que o usuário venha a auxiliar no seu tratamento. Em sequencia, é elaborado o PTS pela Equipe Multiprofissional, onde constam as demandas do usuário, as hipóteses de diagnostico e a ações a serem realizadas. Importante ressaltar que a equipe analisa as demandas, para ver qual será a melhor abordagem ao usuário, às vezes a mesma será em conjunto e em outras vezes em dada especialidade. Nessa etapa observa-se nas ações o principio da corresponsabilidade que denota o trabalho participativo da gestão integrada com os trabalhadores e usuários, facilitando as relações.

Outro ponto a destacar é o apoio matricial, o qual acontece semanalmente com discussões de caso, monitoramento do PTS, com espaço para profissionais trazerem seus medos, angústias, dúvidas, ou seja, um espaço de troca e dialogo. Em suma, esse espaço determina as ações que serão tomadas pela equipe.

Em muitos casos, o serviço social realiza acompanhamento social, contato com rede de apoio, acompanhamento este, que muitas vezes traduz a natureza das necessidades de cada usuário e suas vulnerabilidades.

De acordo com os atendimentos acompanhados, o trabalho desempenhado pela assistente social é de suma importância, pois, orienta o atendimento dos usuários que demandam atenção e compreensão das situações apresentadas onde o saber profissional facilita a articulação com a equipe multidisciplinar que comporta cinco serviços: Revicárdio, Fisioterapia,

Fonoaudiologia, CIAVA, Reabilitação metabólica (diabetes/obesidade), que atendem os mesmos dentro do HUSM.

Destaca-se que durante a execução do projeto de intervenção na unidade de reabilitação pulmonar no HUSM, notou-se a necessidade de um médico integrando a equipe, pois, a mesma era formada por enfermeira, assistente social, fisioterapeuta, educadora física e psicóloga. Depois dessa avaliação se encaminhava para um médico conforme especialidade e necessidade. Isso demandava muito tempo até o médico ter em mãos as demandas e agilizar retornos ou consultas, percebe-se que se estivesse participando no mesmo atendimento e/ou reunião seriam encaminhadas diretamente as demandas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que o uso da clínica ampliada e compartilhada, foi um grande passo dado para a abrangência da PNH e faz-se necessário ampliar os trabalhos que deram certo e corrigir o que não está funcionando como deveria. Fomentar a participação dos médicos e residentes, para que a clínica ampliada realmente seja eficaz e eficiente em sua totalidade.

Embora seja muito importante o cuidado e atenção ao usuário e seu acompanhante, não se pode esquecer que se está ali enquanto profissional, pois se deixarmos a emoção nos levar o acolhimento e o trabalho pode ser prejudicado na intervenção profissional e na imagem passada enquanto trabalhador da área da saúde.

É necessário ter-se empatia com os usuários sim, mas que ela, seja oculta para não prejudicar na intervenção, pois atendemos usuários que estão passando por momentos difíceis em suas vidas e que nos exige essa postura para que se possa planejar e executar as ações de forma correta.

Segundo Yamamoto (2003, p. 20),

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano.

Ressalta-se que o Serviço Social traga consigo as ferramentas necessárias para o crescimento de cada cidadão, acredita-se na representação dos usuários perante as múltiplas expressões da questão social, no acesso garantia dos mais variados direitos que são quase que invariavelmente omitidos, distorcidos e negligenciados, aonde a exclusão vai ampliando o desemprego, a miséria. O trabalho do assistente social será sempre o de assegurar que os usuários tenham conhecimento de seus direitos, saibam onde procurar, acessar cada direito seu, para suprimento de suas necessidades.

Faz-se necessário que o Serviço Social traga consigo as ferramentas imperativas para o crescimento de cada cidadão, fomentando nossa representação dos usuários perante as múltiplas expressões da questão social, no acesso à garantia dos mais variados direitos que são quase que invariavelmente omitidos,

distorcidos e negligenciados, aonde a exclusão vai ampliando o desemprego, e a miséria.

O trabalho dos assistentes sociais, é e será sempre o de assegurar que os usuários tenham conhecimento de seus direitos, saibam onde procurar, acessar cada direito seu, para suprimento de suas necessidades. Todas essas etapas fazem parte da operacionalização da clínica ampliada e compartilhada, o qual tem por maior objetivo um atendimento o mais humanizado possível, contribuindo para a formação de cidadãos, conhecedores de seus direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, p. 4) – Brasília: CONASS, 2011, p. 223).

_____. **Decreto nº 7082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais.

_____. **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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 mai. 2017.

_____. **Lei nº 3.695, de 18 de dezembro de 1959**. Provê a execução de obras do Hospital Regional de Tuberculose de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

_____. **Lei nº 3.958, de 13 de setembro de 1961**.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997.

_____. Constituição Federal de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado.1988. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde**. Brasília, 1997, 32 p.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde, Política nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009, p.56 : il. color. – (série B. textos Básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil**. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009, p. 64: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAVO, M.I.S. et al (org.) **Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio**. Rio de Janeiro. UER, 2011.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. – Brasília, 2007.

_____. **Sistema Único de Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/18/30>> Brasil>. Acesso em: 30 mai. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Lei 8.662/1993. **Código de Ética do Assistente Social**. Brasília, 1993.

_____. **Parâmetros para atuação do assistente social na Política de Saúde** – Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas de Saúde – Brasília 2010.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005, p. 212.

CAMPOS, G. W. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

IAMAMOTO, Marilda V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A.E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 107, jul./set. 2011. p. 479-505.

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

MIOTO. R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R.. **Serviço Social e saúde – desafios intelectuais e operativos**. Ser Social, v. 11, n 25, p. 221-243, jul.-dez. 2009.

MOREIRA, M. C. N. Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. ISSN 1678-**Cad. Pública vol.23 no.7 Rio de Janeiro, July, 2007. Disponível em:** moreira@iff.fiocruz.br Pública On-line *version*. Acesso em 27 set. 2017.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. Mar. 2014, p.15-35. Brasil.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. **A importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. 2008.

PORTALSES. **Um conceito ampliado de saúde**. Revista Saúde & Cidadania. ed. 02 e 03. Santa Catarina. Disponível em: portal.ses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_deleitura/saude_e_cidadania/ed_02/03_01.html. Acesso em: 21 nov. 2017.

SILVA, Talita Souza; SILVA, Cristiani Aparecida Brito. **A Atuação do Assistente Social em Âmbito Hospitalar**. Revista Eletrônica da Univar. Vol. – 2, n. ° 10p. 36 – 40, 2013.

TEIXEIRA, S.M. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital**: implicações para proteção social no Brasil. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2011.

YASBEK, M.C. O Significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.