

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (RIMS)
PROGRAMA ADULTO CRÍTICO
SERVIÇO SOCIAL**

NATASHA GUABIRABA DOS SANTOS

**O Trabalho Do/a Assistente Social Numa Emergência de Pacientes
Adultos/as No SUS**

Porto Alegre
2021

Natasha Guabiraba dos Santos

**O Trabalho Do/a Assistente Social Numa Emergência de Pacientes
Adultos/as No SUS**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de especialista do Programa Adulto Crítico, curso de pós-graduação *lato sensu* da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Orientadora: Me. Janaíra Dorneles De Quadros Davila

Co-orientadora: Me. Rosana Maria de Lima

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Guabiraba dos Santos, Natasha
O Trabalho Do/a Assistente Social Numa Emergência
De Pacientes Adultos/as No SUS / Natasha Guabiraba dos
Santos. -- 2021.
52 f.
Orientadora: Janaira Dorneles de Quadros D'avila.

Coorientadora: Rosana Maria De Lima.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Trabalho do Assistente Social. 2. Serviço Social
na Saúde. 3. Serviço de Emergência. 4. Equipe
multiprofissional. I. Dorneles de Quadros D'avila,
Janaira, orient. II. De Lima, Rosana Maria, coorient.
III. Título.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 05 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | 10 |
| 2.1. A Emergência Em Hospital Geral: Uma Porta De Entrada Para O Cuidado Integral | 10 |
| 2.2. O Trabalho Do/A Assistente Social Numa Equipe Multiprofissional De Um Serviço De Emergência | 14 |
| 3. OBJETIVOS | 20 |
| 3.1. GERAL | 20 |
| 3.2. ESPECÍFICOS | 20 |
| 4. CAMINHO METODOLÓGICO | 21 |
| 4.1. Coleta de dados | 21 |
| 4.1.1 Critérios de inclusão e exclusão | 22 |
| 4.1.2. Análise de dados | 23 |
| 5. DISCUSSÃO DOS DADOS | 27 |
| 5.1 Articulações Com Rede Intersetorial | 27 |
| 5.2 Relações Familiares | 33 |
| 5.3 As Competências E Atribuições Do/a Assistente Social No Serviço De Emergência Do HCPA | 39 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 41 |
| REFERÊNCIAS | 43 |
| ANEXOS | 49 |
| ANEXO A - Documento Institucional | 49 |
| ANEXO B - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. | 50 |
| ANEXO C - Termo de Compromisso Para Utilização de Dados..... | 51 |
| ANEXO D - Termo de Compromisso Para Utilização de Dados Institucionais..... | 52 |

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão apresenta-se como proposta à exigência de produção teórica para a finalização da residência multiprofissional em saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). As motivações a partir da vivência nos primeiros meses da residência no serviço de Emergência de pacientes adultos/as da referida instituição, quando afloraram questionamentos referentes às demandas direcionadas às Assistentes Sociais pelos/as demais profissionais da equipe.

Tal observação trouxe a reflexão sobre quais demandas são trazidas pela equipe como sendo necessária a intervenção do/a Assistente Social. Assim, este trabalho traz consigo a intencionalidade de compreender e analisar tais demandas e suscitar potencialidades, fortalecer a atuação do Serviço Social, identificar os desafios e os limites do trabalho desses/as profissionais no referido campo de atuação.

Apesar de existir uma vasta produção teórica que trata da importância e também problematiza sobre o trabalho dos assistentes sociais na saúde, é escassa a reflexão sobre as requisições aos/às Assistentes Sociais a partir das equipes multiprofissionais, no contexto da política de atenção à urgência e emergência no SUS. Pretende-se que com este trabalho seja possível ocorrer um melhor aproveitamento desses/as profissionais para a qualificação da assistência ao/a paciente crítico/a, bem como agregar na produção científica das áreas envolvidas. Também gerou um panorama sobre as demandas do Serviço Social da Emergência do Hospital de Clínicas, podendo, a critério da instituição, subsidiar dados para indicadores. A escrita utilizada está em consonância com a determinação da Resolução do CFESS de nº 594 de 2011¹.

Foram obedecidas, na íntegra, as orientações do Código de Ética do/a Assistente Social e das Normas da Ética em Pesquisa (Resolução 510 de 07 de Abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde). Os riscos deste estudo, mesmo que não envolva seres humanos, não foram mensuráveis, porém não é possível descartá-los. O sigilo foi mantido em relação às informações. Os dados foram coletados somente após a aprovação nas instâncias éticas. O termo de

¹ Artigo 4º, que discorre sobre a importância de “Introduzir em todo o texto do Código de Ética do/a Assistente Social [...] a linguagem de gênero, adotando forma feminina e masculina: o/a; os/as; [...]” na perspectiva de desconstrução do machismo na linguagem escrita.

compromisso institucional foi gerado e incluído no projeto de pesquisa e encontra-se nos anexos deste trabalho de conclusão.

Para compreender este trabalho de conclusão, torna-se relevante entender o contexto ao qual se refere. Partimos do conceito do processo saúde-doença, que envolve a reflexão sobre três de seus principais modos explicativos, que são: o unicausal (biomédico), o multicausal (biopsicossocial) e o conceito ampliado que abarca os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Conforme Almeida (1998), o modo explicativo unicausal, ou bacteriológico (BUSS, FILHO, 2007, p. 79) surgiu no século XIX, na lógica cientificista e biologicista da prática médica, restringe-se unicamente à existência de um fator etiológico adoecedor que provoca determinada doença e referindo-se ao corpo humano como exemplo de funcionamento de uma máquina. Não considera a possibilidade de demais fatores terem influência, e utiliza-se da dicotomia presença/ausência de tal fator.

Devido à limitação para elucidar problemas de saúde na ausência de um agente causador, discutiu-se sobre um modo explicativo multicausal no campo da saúde pública/epidemiologia. Assim, o modelo “agente/hospedeiro/ meio” passou a considerar fatores externos e para além do mero agente adoecedor, revelando a influência do meio onde os sujeitos vivem (a relação com o ambiente), seus modos de vida.

Na fundação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, foi adotado pela primeira vez um modo explicativo de saúde “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (BUSS, FILHO, 2007, p. 80). Trata-se de mais um conceito incompleto por desconsiderar

[...] as injunções sociais atuam sobre este aparato complexo que é o sujeito. O estilo e o ritmo de vida impostos pela cultura, a modalidade da organização do trabalho, a vida nas metrópoles, entre tantos outros fatores [...] (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 540).

Surge então o conceito ampliado de saúde, que a considera como o resultado de múltiplos processos que envolvem educação, lazer, transporte, trabalho/emprego, alimentação, moradia, dentre outros. Trata-se de uma compreensão mais adequada aos diferentes aspectos da vida dos sujeitos que acabam por impactar direta ou indiretamente sua saúde, se comparado ao

reduccionismo do modelo unicausal biomédico e multicausal biopsicossocial .

É neste contexto que observa-se a influência direta de “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que impactam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS, FILHO; 2007, p. 78), ou seja, fala-se sobre os determinantes e condicionantes sociais do processo de saúde-doença. Desde 2005 a OMS dispõe de uma Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, mas permanece com o conceito ultrapassado biopsicossocial.

A atual Política de Saúde baseia-se nos frutos de processos históricos de lutas sociais, a exemplo do Movimento da Reforma Sanitária, que culminaram na inclusão da saúde na Constituição Federal de 1988. E foi em 1990 a sanção da Lei federal 8.080 (Lei Orgânica da Saúde - LOS) que dispõe sobre a organização e funcionamento de um Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, trata-se de uma política não contributiva, de acesso universal e igualitário, voltada a ações de promoção, proteção e recuperação, sendo dever do Estado a sua garantia (BRASIL, 1990). Almeida, Castro e Lisboa (1998), frisam que “o objeto do sistema de saúde deve ser entendido como as condições de saúde das populações e seus determinantes”, ou seja, vai para além da política de saúde, estando interligada com outras políticas sociais.

O SUS tem como um de seus princípios a universalidade em todos serviços de saúde, que consiste em abranger como população-alvo toda e qualquer pessoa que se encontre em território nacional, pois é considerada como direito fundamental do ser humano. Grosso modo, pode-se dizer que o SUS é para todos/as.

Outro princípio é o da integralidade que compreende a organização e articulação de “processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa” (PAIM, SILVA, 2010). E também a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Dentre esses princípios evidencia-se o da equidade² na Saúde. Baseado nas condições de saúde, e não diretamente sobre as condições sociais de cada

² Conforme a Lei 8.080 de 1990 - Capítulo 2, Artigo 7º, Alínea IV “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

cidadão/cidadã. Exemplifica-se no acesso aos serviços de urgências e emergências, atendendo prioritariamente aqueles/as que apresentam maiores riscos de vida que possam ocasionar a morte.

Conforme disposto no Artigo 4º da Lei Orgânica da Saúde, é “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais” (BRASIL, 1990). Divide-se em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.

A atenção primária constitui-se na lógica de prevenção, promoção e proteção, que a princípio deve ser a porta de entrada do SUS. Desempenha o papel de ofertar serviços de menor complexidade de atenção em saúde, como consultas generalistas, curativos simples, nas unidades de saúde. A atenção secundária é composta por um conjunto de serviços de complexidade intermediária, como consultas médicas de especialidades, ambulatoriais, pronto-atendimentos, hospitais de menor complexidade, e reabilitação. A atenção terciária dispõe de serviços que atendam situações de saúde mais graves (a exemplo de procedimentos cirúrgicos) na perspectiva de preservação da vida humana.

É no contexto do mais avançado nível de atenção que o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) executa as ações pertinentes à Saúde. Trata-se de um hospital universitário com vínculo acadêmico com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atende majoritariamente pacientes do Sistema Único de Saúde (público), porém também pacientes de planos privados de saúde. O HCPA é uma instituição de referência em transplantes, tratamento oncológico, cirurgias gerais, dentre outros tipos de intervenções, exames ambulatoriais, internações, cirurgias e demais procedimentos. São atendidas todas as regiões do estado, mas também outros estados.

Dentro dos serviços prestados, encontra-se a Emergência, que subdivide-se em Pediátrica e em Adulto, para assistência de casos clínicos e cirúrgicos. Conta com a assistência direta e indireta de equipe multiprofissional, e nesta encontram-se os/as Assistentes Sociais.

O presente trabalho de conclusão de residência (fruto da pesquisa) portanto, tem como problema de pesquisa compreender como os/as demais trabalhadores/as da equipe multiprofissional reconhecem os/as Assistentes Sociais? As questões norteadoras são: quais as demandas de pacientes adultos/as pelos demais membros da equipe multiprofissional do Serviço de Emergência? Quais as

potencialidades, desafios e limites do trabalho dos/as Assistentes através das referidas demandas dialogando com as normativas que norteiam a profissão?

Trata-se de um projeto de pesquisa qualitativa de análise documental de um documento institucional. A técnica escolhida para interpretação dos dados foi a análise de conteúdo de Bardin. O propósito envolve a identificação das demandas que chegam ao Serviço Social da Emergência do HCPA, bem como analisá-las e relacionar aos limites, desafios e potencialidades dos/as Assistentes Sociais no referido contexto, fortalecendo, então, o trabalho destes/as profissionais. Os dados encontrados na pesquisa proporcionaram as respostas aos questionamentos.

As categorias teóricas que emergiram a partir da análise de dados foram: articulações da rede intersetorial e relações familiares, pois a discussão neste estudo se debruçou nas categorias teóricas de maior relevância em matéria de Serviço Social. Também foram identificadas, na maioria, demandas de caráter administrativo, entretanto, optamos por interpretar na condição de categoria teórica, visto que entende-se que não se enquadra como uma categoria teórica voltada à atuação de um/a profissional de nível superior.

Apesar disso, fica evidente sua relevância no tempo que ocupa no processo de trabalho do/a Assistente Social da emergência do HCPA e requer uma análise crítica adequada diante do que se espera desses profissionais na instituição. Outrossim, destaca-se a relevância do estudo para esta categoria profissional.

2- REVISÃO DE LITERATURA

2.1- A emergência em hospital geral: uma porta de entrada para o cuidado integral.

Dado o numeroso arcabouço legal referente ao SUS e aos serviços de urgência e emergência, serão abordados os conceitos considerados mais relevantes à temática. Assim, a partir da definição disposta na Lei nº 9.656 de 1998 urgências são “os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional”, já as emergências classificam-se como situações de saúde que implicam em “risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente”. (BRASIL, 1998).

Urgências também podem ser compreendidas como complicações de saúde que classificam-se como agudas e sem risco iminente à vida, porém as possíveis complicações podem ocasionar fatalidade se não tratadas. Emergências são situações definidas como aquelas que apresentam risco iminente à vida (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída em 2003 através da Portaria nº 1.863, quinze anos após a Constituição Federal vigente. Nela estão estruturados e organizados os respectivos serviços, na lógica da integração da atenção hospitalar de alta complexidade. Dispõe sobre os componentes fundamentais pré hospitalares fixos: unidades de saúde, ambulatórios, serviços de diagnósticos e terapias e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências; pré-hospitalar móvel: SAMU e demais serviços de resgates e salvamento do telefone nacional 192; componente hospitalar:

[...] portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências (BRASIL, 2003).

Por fim, o componente pós-hospitalar compõe-se pelos serviços de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral.

Em 2010 instituiu-se a Rede de Atenção à Saúde (RAS) através da Portaria nº 4.279 enquanto estratégia de superação da fragmentação da atenção à saúde e melhorar o funcionamento do SUS para garantir “ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência”. Reconhece que o modelo

médico-centrado, de ações meramente curativas, são insuficientes.

A RAS discute sobre os diferentes níveis de atenção em saúde, atenção primária, secundária e terciária, que diferenciam-se entre si unicamente pela densidade tecnológica de cada³, todas tendo papéis centrais de igual importância. A Rede tem como um de seus atributos a “atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população” (BRASIL, 2010).

O Decreto nº 7.508 de 2011 refere que as emergências são uma das possíveis portas de entrada de acesso a serviços de saúde, juntamente com a atenção primária, atenção psicossocial e especiais de acesso aberto. No mesmo ano foi publicada a Portaria nº 1.600 que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências do SUS.

De acordo com o Manual Instrutivo da Rede de Atenção de Urgências e Emergências (RUE) o HCPA pode ser classificado como

Hospital Especializado Tipo II: Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento. Deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria. Deve contar com equipe 24h composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos. (BRASIL, 2013).

Assim, tal tipificação respalda legalmente a organização dos serviços do HCPA, Hospital de referência de alta complexidade da RAS no estado/município.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar foi instituída através da Portaria 3.390 de 2013, e classifica os hospitais como integrantes da RAS, articulando-se com a atenção primária. Assim, hospitais são

instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se 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 (BRASIL, 2013).

Neste contexto integra-se também o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que soma-se a ele também a competência de um hospital “escola”. O

³ Se necessário, rever páginas 6 e 7 deste Projeto.

HCPA foi fundado em 1971 e classifica-se como uma Empresa Pública de Direito Privado subordinada ao Ministério da Educação e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tanto na graduação quanto na pós-graduação, compondo a rede de hospitais universitários⁴. O tripé das ações do HCPA são o ensino, a pesquisa e a assistência em saúde.

Salienta-se a produção científica, o pioneirismo e o reconhecimento da excelência, acreditado pela *Joint Commission International* desde 2013. Esta certificação “representa a adequação a padrões internacionais de atendimento, gestão, infraestrutura e qualificação profissional, com foco na qualidade e segurança de pacientes e profissionais” (HCPA, 2020).

Um dos serviços de assistência em saúde ofertados pela instituição, destaca-se o de Emergência para Pacientes Adultos/as. O funcionamento é ininterrupto, ou seja, de portas abertas, 24h por dia, 07 dias por semana. Divide-se em três áreas: a Unidade de Diagnóstico Médico (UDM), onde os/as pacientes são atendidos/as e medicados/as, sem necessidade de maiores intervenções e dispõe de estrutura para atendimento de trinta e sete pacientes sentados/as; a Sala de Internação Breve (SIB), a qual são encaminhados/as pacientes que necessitam de permanência, tendo vinte leitos, mas o número total é passível de ampliação conforme a demanda; a Unidade Intermediária (UI), com doze leitos, acolhe pacientes que necessitem de monitoramento constante; a Unidade Vermelha (UV), que dispõe de nove leitos de tratamento intensivo emergencial.

De acordo com a legislação vigente, cabe à instituição hospitalar viabilizar as visitas abertas “de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes [...] favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência” (BRASIL, 2013, Art. 13). Todas unidades permitem visitação em horários pré estabelecidos ou até mesmo a permanência de acompanhantes (exceto na UV por tratar-se de uma unidade restrita), em especial tratando-se de idosos/as gestantes, adolescentes e indígenas, que possuem direito a acompanhante vinte e quatro horas por dia (BRASIL, 2013, art. 14). Assim, a presença de familiares nas diversas concepções de família e demais membros da rede de suporte de pacientes, tornam-se um elemento significativo durante a internação no ambiente

⁴ Lei 8.080 de 1990 - Art. 45º: hospitais universitários e de ensino integram-se ao SUS, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.”

hospitalar de alta complexidade no cenário de um serviço de emergência.

Segundo a Portaria 2.048 de 05 de Novembro de 2002, Capítulo V, o HCPA dispõe de assistência em saúde de urgência e emergência de pacientes clínicos/as e cirúrgicos/as nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia. Não são atendidas situações de traumatologia, psiquiatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, que são referenciadas aos respectivos serviços dos municípios dos/as pacientes, considerando o território⁵ onde vivem (BRASIL, 2002).

O ingresso se dá através da demanda espontânea de pacientes ao serviço de emergência que funciona com portas abertas, via SAMU ou transferência de demais serviços de saúde. À exceção do primeiro, a regulação de vagas aos/as pacientes fica a cargo do Núcleo Interno de Regulação (NIR), responsável pelo gerenciamento dos leitos na instituição (BRASIL, 2013).

Portanto, o Serviço de Emergência, apesar de ser classificado enquanto alta complexidade da Saúde, por vezes acaba sendo um dos primeiros recursos buscado pela população para atendimento de caráter clínico e cirúrgico. Nele, os/as pacientes podem permanecer por horas ou dias, tendo como possíveis desfechos as altas hospitalares com retorno ao domicílio, encaminhamento às unidades de internação nos andares de leitos de enfermagem da mesma instituição, ao Centro de Tratamento Intensivo (CTI), bloco cirúrgico, ou aos hospitais de retaguarda.

É imprescindível frisar a importância da articulação com os serviços de atenção primária em saúde do território onde os/as pacientes vivem. Para que assim, possivelmente, sejam evitadas futuras internações por novos problemas de saúde ou agravamento do mesmo, ocasionando a reinternação, buscar a continuidade do cuidado necessário para superar a situação aguda que levou o/a paciente necessitar de um atendimento de urgência. A Política Nacional de Atenção Hospitalar, no artigo 16, refere que

[...] a alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de: I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; II - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e III - implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS. (BRASIL, 2013).

Tratando-se de uma política de caráter multiprofissional, tais ações são de

⁵ A questão acerca da territorialização será discutida a partir da página 14.

responsabilidade de toda equipe, mas geralmente acabam sendo atribuições das equipes da Medicina, Enfermagem e Serviço Social. Assim, é nessa lógica ampliada de saúde que o/a Assistente Social, dada sua formação, torna-se o/a profissional da equipe que se aproxima do contexto social dos/as paciente, mapeando os serviços da rede intersetorial, incluindo os de atenção primária, tanto na presença quanto ausência de vínculo.

Ao considerar que o conceito ampliado de saúde abrange demais aspectos da vida dos sujeitos e é mais abrangente que a redução à saúde física e mental. No ato da internação os/as usuários/as da Saúde não se reduzem unicamente a pacientes de um serviço de emergência em âmbito hospitalar, apesar da demanda de complicações de saúde serem o principal motivo de acesso e permanência, posto que não estão alheios/as a seus papéis sociais (BRASIL, 2006). A conjuntura requer profissionais qualificados/as para fazer a devida leitura da realidade desses sujeitos, que pode ser compreendida no processo de mediações entre totalidade, singularidade e particularidade de cada situação apresentada.

2.2. O trabalho do/a Assistente Social numa equipe multiprofissional de um serviço de emergência

A compreensão do trabalho enquanto categoria do materialismo histórico-dialético é essencial para o entendimento do trabalho do/a Assistente Social. De acordo com a teoria marxiana, referencial teórico norteador do Serviço Social brasileiro, tem como objeto de investigação o valor social do produto do trabalho (COLMÁN, POLA, 2009, P. 181). O trabalho, de acordo com Karl Marx, é resultado da interação do homem com a natureza, com o propósito de satisfação de necessidades e modificação de ambos. Refere que a força de trabalho é o cerne da materialidade do próprio trabalho, configurando-se concomitantemente enquanto propriedade e mercadoria para fins de subsistência do/a trabalhador/a. A capacidade de trabalho “é o conjunto das faculdades físicas e espirituais que existem na corporalidade, na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento toda vez que produz valores de uso em qualquer espécie” (MARX, 1988, P. 35). Ou seja, o trabalho envolve o dispêndio físico e intelectual das capacidades do homem.

Apesar de ser uma das referências teóricas, o debate de Marx surgiu numa conjuntura cujo foco do modo de produção capitalista era relativo ao produto

oriundo da atividade industrial. Ou seja, Marx baseou suas obras tanto no trabalho material quanto o trabalho imaterial, que por sua vez é fruto das ações cognitivas e intelectuais, que no contexto do trabalho do/a Assistente Social na política de Saúde classifica-se como tecnologia leves, a exemplo da escuta e da fala (FEUERWERKER; CECILIO; 2007, P. 966). Acrescenta-se à discussão que trabalho imaterial pode compreender atividades relativas a serviços, administração, atividades que sejam fundamentadas no conhecimento “a informação e o conhecimento são, assim, considerados o núcleo duro do trabalho imaterial” (AMORIM, 2014, p. 34).

Dentre os desafios de compreensão do trabalho imaterial, torna-se essencial

[...] decifrar a dinâmica daquelas profissões, que, como o Serviço Social, atuam no espaço ocupacional da prestação de serviços sociais públicos, notadamente daqueles que se operacionalizam no âmbito das políticas sociais estatais [...] que em tese não têm o objetivo de produzir mercadorias e/ou extrair valor nem mais-valia, a não ser quando estes serviços são organizados sob a lógica da indústria capitalista [...] (RAICHELIS, 2018, P. 163).

As dimensões de competências do Serviço Social consistem nos eixos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, indissociáveis entre si. O projeto ético-político profissional pode ser compreendido como um projeto societário indissociável da ética profissional e tem centralidade no conceito de liberdade, na perspectiva da emancipação social, interligado intimamente com um projeto societário sem exploração ou dominação de uma classe sobre outra, com defesa dos direitos humanos, posicionando-se

[...] a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania são explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras (NETTO, 2008).

O Código de Ética do/a Assistente Social é o principal norteador do saber e agir profissional. Baseia-se no projeto ético-político e dispõe nos princípios da categoria ser fundamental o “reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 1993). Seu fundamento é a própria realidade social e sua matéria-prima de trabalho, ou objeto de intervenção, são as múltiplas expressões da questão social, o que lhe confere uma forma peculiar de inserção na

divisão social e técnica de trabalho (MARTINELLI, 2011).

Assistentes Sociais são profissionais da Saúde conforme disposto na Resolução nº 218 de 1997 do Conselho Nacional de Saúde, que também reconhece outras profissões; e na Resolução nº 383 de 1999 do Conselho Federal de Serviço Social, que reafirma a questão, mas salienta não exclusividade da atuação na política de Saúde. O CFESS enfatiza que a categoria atua nos “fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços [...] de saúde, [...] para o atendimento das demandas imediatas da população” (CFESS, 1999). Grosso modo, pode-se inferir que Assistentes Sociais, devido à formação acadêmica e ao seu projeto ético-político profissional, trabalham nas perspectivas de acesso e viabilização de políticas sociais.

Cabe aos/às Assistentes Sociais que atuam na Saúde: a aproximação das “condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença” (CFESS, 2010, p. 30). Envolve o acolhimento das demandas através de um ou mais atendimentos com os/as pacientes, familiares, cuidadores/as, obtendo informações e dialogando com os serviços do território para então exercitar a mediação. Trata-se de uma categoria que dialoga intimamente com a interpretação: da singularidade da situação apresentada; da universalidade compreendendo enquanto parte de uma totalidade; e da particularidade a partir da articulação das anteriores, onde é possível visualizar a intervenção profissional. Correspondem a um movimento dinâmico e constante entre si.

A discussão trazida pelas autoras Moraes e Martinelli sustentam que “mediações são expressas pelo conjunto de instrumentos, recursos, técnicas e estratégias que o profissional toma conhecimento para poder penetrar nas tramas da realidade como possibilidade de transformá-la” (MORAES, MARTINELLI, 2012, P.03). Tais aspectos envolvem, inclusive, porém não unicamente, da verificação: da existência ou ausência de vínculo com os serviços de saúde e socioassistenciais de referência do território onde o/a usuário/a⁶ vive, de direitos já acessados, dificuldades de acesso e necessidade de orientações, da configuração da rede de suporte, de quais vulnerabilidades existem ou possam existir.

Então, é possível referir que o/a Assistente Social tem a capacidade de
entender a forma de existência das expressões da questão social a partir

⁶ Por usuários/as entende-se aqueles/as que usufruem das políticas públicas.

da tríade singularidade, universalidade e particularidade, entendendo o espaço de intervenção como um campo de mediações que se estrutura sobre determinações histórico-sociais constitutivas dos complexos sociais. Relembrando que esta profissão é de natureza interventiva, com forte significado social, cujo compromisso é com a construção de uma sociedade humana, digna e justa (MORAES, MARTINELLI, 2012, P. 06).

Para nortear o trabalho dos/as Assistentes Sociais na política de Saúde, em 2010, o CFESS elaborou um documento denominado “Parâmetros de Atuação do/a Assistente Social na Saúde”. Baseiam-se em quatro principais eixos de atuação, que devem ser articulados entre si e estão em consonância com o Código de Ética profissional. Tais eixos são: atendimento direto aos/às usuários/as da política; participação, mobilização e controle social; planejamento, gestão e investigação; assessoria, qualificação e formação profissional.

Os Parâmetros foram elaborados para: subsidiar lutas de ampliação de Assistentes Sociais nas instituições responsáveis pelas políticas; qualificar o atendimento aos/às usuários/as da Saúde, bem como a melhoria das condições de trabalho do/a profissional; viabilizar, construir e ofertar novas políticas; embasar-se em referências à legislação pré existente; superar da lógica produtivista na gestão das políticas sociais (CFESS, 2010, P. 15). Na esfera hospitalar é pertinente ressaltar a importância da superação da lógica produtivista, mesmo que imaterial, de mensuração unicamente quantitativa referente aos atendimentos do Serviço Social.

Dentre os desafios vivenciados por Assistentes Sociais está o enfrentamento de “um meio profissional onde predominam as forças conservadoras, burocratizadas e alienadoras ou mesmo como compreender essa realidade tão complexa associando dialeticamente teoria e a prática” (MORAES; MARTINELLI, 2012, P: 01). No cenário do Serviço de Emergência de pacientes Adultos/as do HCPA, as demandas provenientes dos demais profissionais da equipe multiprofissional apresentam-se na sua forma, quer configurem uma demanda de determinada categoria profissional ou da instituição. Logo, compete ao/à Assistente Social decifrar se na demanda solicitada há competência ou atribuição em matéria de Serviço Social, isto é, identificar e ressignificar o objeto de intervenção profissional.

Os Parâmetros ainda mencionam que dentre as possíveis ações dos/a Assistentes Sociais consiste a busca da “necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde” (CFESS, 2010, p. 30), bem como

integralidade nos cuidados ofertados. Na Saúde, o cotidiano de trabalho do/a Assistente Social prevê a atuação com demais profissionais, como Médicos/as, Enfermeiros/as e Técnicos/as de Enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Fonoaudiólogos/as, Psicólogos/as, Farmacêuticos/as, Administrativos/as, sejam diplomados/as ou em formação. Assim, pode-se afirmar que trata-se de uma equipe multiprofissional com foco no trabalho interprofissional, sendo este definido como

[...] “o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas”, que envolve “refletir e operar” um trabalho “capaz de responder às necessidades da comunidade”. A reflexão sobre a prática, orientada para a problematização da realidade, pode favorecer a articulação e integração das ações de saúde e uma melhor resposta aos problemas de organização dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, busca-se substituir as duas principais barreiras à prática centrada na pessoa; a competição entre os profissionais de saúde pela cooperação e parceria; e “os desequilíbrios de poder por compromisso com a igualdade e responsabilidade coletiva” (ESCALDA; PARREIRA, 2018, P. 92).

Pode-se afirmar que o trabalho coletivo desenvolvido no cotidiano, com encontros de saberes particulares de cada profissão, busca proporcionar o melhor cuidado ao/à paciente, de acordo com o princípio da atenção integral em Saúde.

Na dinâmica de trabalho multiprofissional, na qual diversas profissões atuam concomitantemente atendendo os/as mesmos/as pacientes, o/a Assistente Social, dada sua formação acadêmica generalista na perspectiva de direitos sociais dos sujeitos, pode ser considerado/a um/a profissional altamente habilitado/a para desvelar o aparente. Através dos atendimentos realiza uma leitura social diferenciada dos/as demais, “pautada na percepção [...] enquanto cidadão, sujeito de direitos e envolto por uma rede de relações sociais e institucionais e não somente observando os aspectos clínicos ou do processo saúde e doença” (CHUPEL, 2005, p .68 *in* SILVA, 2019, p. 45). Realiza articulações com a rede intersetorial, em especial com serviços socioassistenciais e de saúde (baseados no princípio da territorialidade).

Delimitações territoriais (ou territorialização) são imprescindíveis às políticas públicas, por definir quais áreas de abrangência de determinados serviços. Preferencialmente relevando os aspectos daqueles espaços. Territórios podem ser conceituados para além da mera delimitação geográfica, mas espaços onde o cotidiano acontece, cenários de relações, trocas, construção e desconstrução de vínculos cotidianos, disputas, contradições e conflitos, expectativas e sonhos, que revelam os significados atribuídos pelos diferentes sujeitos. (BRASIL, 2008, p. 54).

Territórios, assim, são espaços vivos.

A intersetorialidade consiste na articulação entre políticas públicas. Ultrapassa meros encaminhamentos e possibilita “uma visão integral das necessidades sociais, de forma a compreender e considerar o cidadão de forma totalizante” (CAVALCANTI et al; 2013)”. Busca romper com a fragmentação do acesso efetivo aos direitos sociais dos sujeitos, sendo o fortalecimento da conexão entre as políticas, tendo em vista as múltiplas demandas sociais apresentadas.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar o trabalho do/a Assistente Social do Serviço de Emergência de pacientes Adultos/as do HCPA, a partir das demandas apresentadas pelos demais membros da equipe multiprofissional.

Objetivos Específicos:

- 1) Identificar as demandas de pacientes adultos/as designadas pela equipe multiprofissional para o Serviço Social da Emergência;
- 2) Evidenciar as potencialidades, desafios e limites do trabalho dos/as Assistentes através das referidas demandas dialogando com as normativas que norteiam a profissão.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada em análise documental por meio da análise de conteúdo.

Conforme Gil (2008) a análise documental configura-se como uma pesquisa de documento, que neste caso foi institucional. Lüdke e André (1986) afirmam que uma das vantagens da realização de pesquisas documentais deve-se ao fato dos documentos serem uma fonte rica e estável de obtenção de dados, bem como de baixíssimo custo, já que estão incluídos nas despesas institucionais.

A pesquisa documental configura-se como

[...] aquela em que os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos, com o objetivo de extrair informações neles contidas, a fim de compreender um fenômeno; é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos; [...] (Flick, 2009). Ao método utilizado para analisar os documentos chama-se de “método de análise documental” (KRIPKA, SCHELLER, BONOTTO, 2015)

O documento institucional escolhido foi a planilha de controle das “Demandas Internas” do Serviço Social da Emergência-Adulto devido à potencialidade dos dados ali contidos. Nele encontram-se as informações sobre as demandas para o Serviço Social, como: nome, idade, prontuário, cuidador/a dos/as pacientes, quais demandas apresentadas (escrita de forma literal, tal qual é verbalizada/escrita), quais ações e condutas foram aplicadas e o monitoramento da situação, em caso de pendências, acompanhamento, e demais aspectos pertinentes. A escolha do documento foi feita pela qualidade de informações contidas, que proporcionam a possibilidade de visualização de um panorama do trabalho do/a Assistente Social.

Tal instrumento serve para além do registro dos/as profissionais sobre as demandas do serviço, mas também auxilia na passagem de plantão (matutino, vespertino ou noturno) para que seja viável a continuidade das condutas traçadas como plano ou já realizadas. Pode-se afirmar que trata-se de um instrumento de comunicação entre profissionais e registro das ações realizadas. Kripka *et. al* (2015) também classificam a análise documental como método não-intrusivo.

4.2 Coleta de dados

O período de elaboração do Projeto de Pesquisa referente ao trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde foi estendido em relação à organização prévia e compreendeu os meses de agosto a dezembro de 2019 e

janeiro a abril de 2020. A inserção do Projeto nas plataformas AGHUse⁷ Pesquisa e Plataforma Brasil ocorreu entre junho e julho, com aprovação das instâncias éticas em 27 de Julho.

Conforme disposições éticas do Projeto de Pesquisa, em 29 de julho de 2020 o projeto de pesquisa foi apresentado às Assistentes Sociais do Serviço de Emergência. Na ocasião foram socializadas informações como os objetivos da pesquisa, com participação ativa e sugestões das profissionais envolvidas. A coleta de dados iniciou em setembro e foi até novembro. O documento pesquisado é uma planilha física e virtual de controle das “Demandas Internas” do Serviço Social da Emergência⁸, onde constam tanto as demandas efetivamente atendidas ou não atendidas, bem como a justificativa.

Após por tratar-se de um documento insubstituível de suma importância, a versão impressa⁹ é armazenada na sala do Serviço Social da Emergência e a coleta foi feita semanalmente naquele espaço físico. Durante o processo da pesquisa o sigilo foi mantido sobre as informações do referido documento e demais situações que poderiam surgir durante a permanência no local.

4.2.1. Critérios de inclusão e exclusão

Neste trabalho de conclusão foram incluídas as demandas de pacientes adultos/as feitas pelos membros da equipe de assistencial da Emergência: administrativos/as, médicos/as, enfermeiros/as e técnicos/as, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos/as, psicólogos/as, farmacêuticos/as, dentre outros/as, registradas na planilha do Serviço Social.

Tendo em vista o objetivo deste trabalho de conclusão de residência não serão consideradas as demandas identificadas pelos/as próprios/as Assistentes Sociais nas suas diferentes formas, nem as demandas espontâneas de pacientes e familiares. O período escolhido foram os meses de março, abril e maio de 2019, por tratar-se dos primeiros meses de atuação da pesquisadora residente no Serviço de Emergência, e os mesmos meses do ano seguinte (Março, Abril e Maio de 2020), na intencionalidade de abarcar as possíveis mudanças nos processos institucionais devido às respectivas conjunturas.

⁷ Aplicativo/Plataforma virtual de gestão hospitalar utilizada para registros.

⁸ Vide anexo.

⁹ Preferiu-se o documento impresso por conter informações escritas manualmente e mais detalhadas que a versão digital.

4.2.2. Análise de Dados

A técnica escolhida para a análise de dados, considerando tratar-se de uma pesquisa qualitativa, baseou-se em Laurence Bardin (1977). A autora a caracteriza como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Tal análise compreende três etapas fundamentais: 1) a pré análise, 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados, realização de inferências e interpretações (SILVA, FOSSÁ, 2015).

A fase da pré-análise consistiu na organização dos materiais a serem investigados, neste caso, o documento referente às “Demandas Internas” do Serviço Social de Emergência Adulto. Foi feita uma leitura flutuante obedecendo aos critérios de exaustividade: sem deixar de fora da pesquisa qualquer elemento e sem omissão de informações, da representatividade: sobre o universo estudado, da homogeneidade: seguindo os critérios de forma coerente e pertinência da adequação da fonte documental ao objetivo da análise, em consonância com os objetivos do estudo.

Após, iniciou-se a exploração do material, com seleção das palavras-chave identificadas, que foram agrupadas e compuseram as principais categorias, posteriormente colocadas em temas. Ou seja, fracionou-se o documento analisado para posterior reagrupamento em temas (SILVA, FOSSÁ, 2015). Segundo Bardin,

Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos («falantes») e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens) [...] permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. (BARDIN, 1977, p. 101)

A partir disto, para auxiliar e qualificar tanto a análise quanto a devolutiva, as demandas foram organizadas através de categorias compiladas em dados percentuais através de cálculos simples de acordo com os encaminhamentos feitos pelo/as demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Ou seja, observou-se a frequência com que cada categoria de demanda se apresenta para o assistente social, comparada com o total de demandas no período estabelecido para o projeto.

No período de pré-análise percebeu-se que o documento pesquisado carece de algumas informações mais detalhadas sobre o trabalho do/a Assistente Social, mencionando, de forma geral, o teor da demanda solicitada, quais condutas foram adotadas ou deveriam ter sido executadas. Tal variação também dependeu do registro realizado por cada profissional. Na dinâmica do cotidiano do trabalho do/a Assistente Social do serviço de Emergência eventualmente não há tempo hábil para qualificação ou pormenorização na referida planilha. Na fase da exploração do material todas demandas foram classificadas em categorias, conforme os quadros abaixo:

Quadro 1. Levantamento das demandas por categorias:

| CATEGORIAS | Nº APARIÇÕES | PORCENTAGEM (%) |
|-------------------------------|---------------------|------------------------|
| ADMINISTRATIVAS | 142 | 35,32 |
| REDE SOCIOASSISTENCIAL / REDE | 106 | 26,36 |
| RELAÇÕES FAMILIARES / FAMÍLIA | 127 | 31,59 |
| Não classificadas | 27 | 6,71 |
| TOTAL = 402 | | |

SANTOS, 2020.

Quadro 2. Levantamento das solicitações por equipes:

| Equipe | Número | Porcentagem (%) |
|--|---------------|------------------------|
| Medicina ou Enfermagem (não especificado) | 35 | 9,91 |
| Enfermagem | 90 | 25,49 |
| Medicina | 86 | 24,36 |
| Huddle | 48 | 13,59 |
| Round | 8 | 2,26 |
| TAE | 10 | 2,83 |
| Psicologia | 11 | 3,11 |
| Fonoaudiologia | 4 | 1,13 |
| Fisioterapia | 1 | 0,28 |
| Nutrição | 1 | 0,28 |
| Farmácia | 0 | 0 |
| Segurança | 2 | 0,56 |
| Administrativo | 20 | 5,66 |
| Não especificado | 13 | 3,68 |
| TOTAL DE SOLICITAÇÕES: 353 | | |

SANTOS, 2020.

No período referente à análise dos documentos pesquisados foram identificadas três categorias principais de demandas atribuídas ao Serviço Social foram aquelas relacionadas a demais serviços da rede intersetorial, as relações familiares, e administrativas. Esta representou a maioria das solicitações de atendimento. Algumas poucas demandas não se enquadraram em nenhuma das categorias majoritárias, sendo denominadas como “não especificadas”.

Por demandas de relações familiares entende-se aquelas relacionadas à existência (ou não) de suporte familiar que impactam nos cuidados intra hospitalares ou extra hospitalares dos/as pacientes. As demandas de rede intersetorial podem ser compreendidas como situações que requerem articulações com demais serviços de diferentes políticas públicas/sociais, que impactam direta ou indiretamente na saúde dos/as pacientes. As demandas administrativas são aquelas que não requerem a intervenção técnica do/a Assistente Social, a exemplo de contatos telefônicos de comunicados de altas, aviso de transferências, de necessidade de acompanhante para a internação, tal como disponibilização de alimentação pelos critérios pré estabelecidos pela instituição. Logo, são situações às quais não apresentam indícios de riscos sociais, isto é, são discrepantes ao objeto profissional do/a Assistente Social.

As equipes que mais recorreram ao Serviço Social foram as da Medicina e da Enfermagem (aqui entende-se tanto enfermeiros/as e técnicos/as de Enfermagem, pois não houve distinção destes/as profissionais nos registros documentais). As que menos acionaram o Serviço Social foram a Farmácia, que não acionou nenhuma vez, a Fisioterapia e a Nutrição, com um único acionamento cada. Conseqüentemente, surgiram alguns questionamentos: tais núcleos identificam indícios de vulnerabilidades? Como procedem? Tais respostas não são geradas neste estudo, porém podem subsidiar pesquisas posteriores.

É pertinente considerar as especificidades da atuação de cada profissional no contexto do Serviço de Emergência a pacientes adultos, pois além da formação acadêmica, existem questões de ordem institucional. Também torna-se essencial levar em conta que a pesquisa envolveu exclusivamente as demandas que as equipes solicitaram diretamente ao Serviço Social, não levando em conta aquelas de pacientes e familiares que possam ter sido orientados/as por outros/as profissionais da equipe.

A terceira e última etapa consistiu na interpretação, tanto de dados aparentes

quanto não aparentes, de acordo com o referencial teórico escolhido. Como o Serviço Social tem como base teórica o Materialismo Histórico-Dialético de Marx, norteador da interpretação do conteúdo pesquisado, bem como demais autores/as marxistas.

5. DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Articulações com a rede intersetorial

A intersetorialidade é fruto dos debates oriundos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cujo projeto preconizava uma Política de Saúde a partir dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, prevenção e promoção, sendo a saúde "um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício¹⁰" (BRASIL, 1990).

O conceito de rede intersetorial pode ser compreendido como a articulação de diversas políticas públicas. Está intimamente ligado à interdisciplinaridade (caráter do diálogo de diversos saberes sobre a mesma situação) e integralidade, não somente no que compete a política de Saúde, mas na perspectiva da proteção social, dos determinantes sociais da saúde, dos direitos constitucionalmente garantidos "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 recuperação¹¹" (BRASIL, 1988).

A intersetorialidade vai para além de meros encaminhamentos, referenciamento e contrarreferenciamento, envolve diálogo, discussão, trocas, e sempre que possível, a definição conjunta entre profissionais acerca das demandas dos sujeitos (sendo estes, inclusive, partícipes de tal processo), tanto nas necessidades explícitas quanto nas implícitas. Contudo, tal interação entre os serviços de diferentes políticas públicas pode apresentar alguns entraves que dificultam o exercício da intersetorialidade relativos à escassez de recursos humanos, físicos, materiais, dentre outros. Além desses, as ações intersetoriais compreendem outros desafios, dentre eles

[...] a construção de relações interdisciplinares, pois, muitas vezes, a hierarquia criada entre as profissões torna o trabalho desigual e desconectado, tornando a prática isolada, notando-se assim diversas ações contraditórias ou repetitivas com um mesmo usuário, por diversos profissionais, nos mesmos setores, ou em setores diferentes. O espaço intersetorial deve ser de construção de novas formas de agir, pensar em um assunto que, às vezes, é do outro para encontrar a melhor solução juntos. O desafio posto às políticas é de contribuir para um conjunto de medidas efetivas que garanta os direitos sociais. (MARTINS, ZAIDAN, 2017, s.p.)

Outro obstáculo para efetivação da intersetorialidade dá-se pelas dificuldades

¹⁰ Artigo 2º da Lei nº 8.080 de 1990.

¹¹ Artigo 196º da Constituição federal de 1988.

no âmbito do próprio espaço sócio-ocupacional dos/as trabalhadores/as, em especial quanto à “comunicação entre os profissionais e a falta de tempo para encontros das equipes, o que acaba limitando as trocas de experiências, o amadurecimento profissional e a complementação do trabalho” (MARTINS, ZAIDAN, 2017).

Ao longo dos períodos pesquisados, pode-se destacar algumas demandas relacionadas a articulações com diversos serviços de outras políticas que expressam a atribuição do caráter intersetorial ao trabalho do/a Assistente Social no contexto do serviço de emergência:

Quadro 3. Síntese dos resultados sobre sentidos atribuídos à categoria de rede intersetorial.

| EQUIPE SOLICITANTE | DEMANDA | AÇÕES/ CONDUTAS |
|---------------------------|---|---|
| Psicologia | Orientação - óbito. | Sepultamento gratuito. |
| Medicina | Consulta com o Posto. | UBS [unidade básica de saúde] “Pequena Casa da Criança” / Dar retorno ao paciente e familiar. |
| Medicina ou Enfermagem | Consultoria: Violência com pessoa idosa, sem indicação de internação. SINAN ¹² | Contato com a amiga - não compareceu na visita / Contatos com a rede / Atendimentos com a paciente / Discussão no Huddle - irão acionar a Psiquiatria / Filhas virão à EMA para discussão com a equipe - abordagem conjunta à paciente / Relatório para a rede / Contatos pós-alta com a rede: Cras - fez VD [visita domiciliar] e atendeu a filha. |
| Psicologia | Orientação para atendimento PSI [psiquiátrico] em Viamão. | Verificamos rede de suporte familiar e serviços do território. |
| Medicina | Consultoria: tratamento irregular / Vulnerabilidades sociais | Verificar albergue e Centro POP |
| Medicina | Maus tratos | Paciente atendido / Contatar a rede |
| Psicologia | Paciente em situação de rua/ SPA [substâncias psicoativas] / HIV [vírus da imunodeficiência humana] | Paciente atendida / Contatar amigo / Contatar rede - Centro POP II - verificado acesso no serviço |
| Psicologia | Paciente refere dificuldades em ir às consultas por dificuldades financeiras | Orientado sobre Cras |
| Round | Verificar contexto social E | Atendimento com a filha / Contato com a |

¹² Referente ao formulário de comunicação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação em situações de suspeita ou comprovação de violências

| | | |
|------------------|--|--|
| | familiar e acesso à rede | unidade de saúde próximo à alta |
| Medicina | Paciente com neoplasia / Faz rádio [radioterapia] / Miíase | Idosa sem vínculos familiares / Situação de vulnerabilidade / Vizinha irá acompanhar - paciente de acordo / Plano de contatar a unidade de saúde após a alta e pedir VD |
| Medicina | Abuso sexual | Estava em atendimento com a Psiquiatria / Confirmar CT + Creas = ok |
| Medicina | Plano de alta amanhã | Acionar a rede / Atendimento com familiar: refere dificuldades de custear medicamentos prescritos - orientado sobre horário de informações médicas para esclarecer questões clínicas / Discussão com a Médica e Enfermeira do NIR [Núcleo Interno de Regulação] - Programa Melhor em Casa? / Contato com Unidade de Saúde - pedido de VD por e-mail) |
| Não especificado | Reinternação - mais de 55 em 5 anos / Verificar ida do Programa Melhor em Casa | Discussão com a equipe multi / Atendimento com a paciente / Contatar a Unidade de Saúde e SAF [serviço de atendimento familiar] da região |
| Administrativo | Óbito / Sepultamento gratuito - Alvorada | Realizado contato com a Secretaria de Assistência Social / Familiares orientados |
| Enfermagem | Orientação sobre perícia hospitalar | Filha orientada |
| Medicina | Paciente com previsão de alta / Verificar suporte | Contato com a filha - vem / Contatar a Unidade de Saúde - pedir VD / Acompanhamento no Conceição - contatar a Assistente Social / Contatar a rede |
| Administrativo | No Huddle refere paciente desconhecido | Encaminhamento de e-mail para o IGP / Comunico Administrativo e Enfermagem |
| Não especificado | Processo de solicitação de medicação | Orientado / Discutido com a médica |
| Medicina | Consultoria: paciente disse que não tem alimentos em casa | Paciente atendida / Irmã realiza contato - quer acompanhar a alta da paciente / ESF [estratégia de saúde da família] - ACS [agente comunitário de saúde] fará visita ao filho |
| Medicina | Familiar do interior - orientar local de permanência | Tentativas de contato com o sobrinho - sem sucesso / Atendimento com o paciente / Atendimento com o familiar - tem interesse em casa de apoio - vaga liberada / Rede de saúde CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] auxiliou e fez VD / Sobrinho é o curador / Rede do município acompanha - Assistente Social da Secretaria de Saúde NASF [núcleo ampliado de saúde da família] |
| Medicina | Orientação para vinculação à UBS | Entrevista com o paciente / Oriento fortemente a procurar a UBS de referência para iniciar o |

| | | |
|------------------------|---|---|
| | | tratamento para pressão alta / Orientações previdenciárias e Cras |
| Medicina | Familiar não tem onde ficar / Atendimento social - esposa | Esposa já organizada / Discussão com a Enfermagem - liberado cartão de acompanhante |
| Medicina | Consultoria: paciente em situação de rua, drogadita / Transferência pro Santa Ana ¹³ | Paciente sonolenta, sem condições de responder / Posterior atendimento / Contatar a rede / Tentativa de contato com amigo e irmão sem sucesso / Atendimento com o irmão / Paciente está tomando os anti retrovirais |
| Medicina ou Enfermagem | Consultoria: avaliar rede de apoio e UBS / Adesão ao tratamento | Entrevista com paciente e familiar / Bom suporte / Não identifiquei necessidade de acompanhamento |
| Enfermagem | Jovem em situação de rua / HIV sem tratamento / Usuário de drogas | Atendimento / Contatar a rede |
| Psicologia | Orientação de sepultamento gratuito | Oriento |
| Medicina | Precisa de orientação para acompanhamento pós-alta hospitalar | Contato com a UBS para fazer VD / Diálogo com o médico para inserir o pedido de VD no documento de alta / Familiar atendido / Contato do retorno da UBS |
| Medicina ou Enfermagem | Consultoria: baixa adesão medicamentosa que influencia questão de saúde / Mudança recente do cuidador que administra a medicação / Avaliação e manejo da situação | Atender familiar / Contato com a Unidade de Saúde |
| Enfermagem | Não consegue acessar curativos | Unidade de Saúde / Gerência distrital |
| Enfermagem | Solicita atendimento psiquiátrico - paciente com risco de suicídio | Contato com o filho e CAPS / Alta com familiar |
| Medicina | Mapear rede de oncologia para o paciente - Sapucaia do Sul | Médico retorna e confirma bom vínculo do paciente com o CACON de São Leopoldo, e não há necessidade de atendimento pelo Serviço Social |
| Huddle | TAE: avaliação social - internações frequentes / Transferência para o Santa Ana | Familiar comunicada - ficará à disposição para acompanhar a paciente / Avaliação social / Contato com unidade de saúde - confirmada a referência / Plano de discutir com a Farmácia, Nutrição e Medicina / Paciente foi a óbito / Familiar com retardo mental / Contatos com Cras e CT / Encaminhamento de relatório ao |

¹³ Hospital de retaguarda (média complexidade), com atendimento 100% SUS localizado em Porto Alegre/RS.

| | | |
|----------|--|---|
| | | Creas |
| Medicina | Paciente indígena, com pouco domínio da língua / Contato com a familiar ou equipe de saúde | Contato com equipe de saúde - irão trazer familiar e agente de saúde / Tio contatado/ Transporte para a alta / Contato com a Enfermeira / Doação de chinelo |

SANTOS, 2020.

Foram identificadas demandas que requisitaram a articulação com serviços da política de Assistência Social, política não contributiva, a ser prestada a quem dela necessitar, “que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, 1993). Compreende os 3 níveis de complexidade: para situações de risco de violação de direitos e promoção da proteção social que compete à proteção social básica, os CRAS (Centros de Referência em Assistência Social e SAF’s; a proteção social especial, para situações às quais os direitos já foram violados, tanto de média complexidade com os CREAS (Centro de referência Especializado de Assistência Social) e demais serviços especializados para a população em situação de rua e para idosos/as, quanto da alta complexidade, com os abrigos, albergues e ILPI’s (instituições de longa permanência para idosos).

Também foram constatadas demandas de articulações com outros serviços da saúde em diferentes níveis da atenção, em especial a atenção primária, para continuidade do acompanhamento de saúde pós-alta, bem como demais serviços da rede intersetorial. Tais demandas evidenciam o reconhecimento da equipe frente à formação em Serviço Social. Dentre as competências profissionais do/a Assistente Social que atua na Política de Saúde, cabe “estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais” (CFESS, 2010, p.30).

O/a Assistente Social acaba tornando-se articulador/a entre as demandas identificadas pelos/as demais profissionais, do/a paciente e seus/suas familiares, com os serviços da rede intersetorial, realizando ativamente o processo de mediação destes aspectos. Também realizam educação a outros/as trabalhadores/as, pois as demandas delegadas ao/à Assistente Social estão desprovidas de mediações, estando no plano da singularidade na forma de

fatos/problemas isolados, de tipos: individuais, familiares, grupais e/ou comunitários” (MORAES, MARTINELLI, 2012, P. 07).

No que compete o exercício da intersetorialidade, múltiplos contatos telefônicos são primordiais para discussões (trocas de informações, verificações de acompanhamentos prévios e solicitações de acompanhamento) elaboração e compartilhamento pormenorizado dos atendimentos feitos na Emergência através de relatórios sociais, tal como as devidas confirmações de recebimento. Em determinadas situações as condutas perduram após a alta hospitalar dos/as pacientes.

As adversidades do trabalho dos/as Assistentes Sociais de um serviço de emergência envolvem o curto tempo de permanência dos/as pacientes, que podem ter alta hospitalar ou transferência a outra unidade da mesma instituição ou transferência a outros serviços para continuidade dos cuidados; o alto número de solicitações de atendimento, sejam por demandas alinhadas ao objeto profissional, ou outras; a complexidade das situações, que requerem diversas ações; quando necessária a articulação com outros serviços da rede intersetorial, surgem as dificuldades de efetivar a comunicação; aparente desconhecimento por parte da equipe dos desdobramentos dos atendimentos do Serviço Social, que pode requerer continuidade mesmo após a alta hospitalar (por exemplo, quando é necessária a confirmação da rede sobre o recebimento dos relatórios ou solicitações de visitas domiciliares considerando a conclusão das articulações).

Por fim, a intersetorialidade requer o trabalho em rede, está intimamente relacionada à identificação dos determinantes sociais de saúde e do caráter preventivo em saúde, indispensáveis para a integralidade da lógica da seguridade social e quando essas articulações com a rede intersetorial acontecem de forma potente não é exagero dizer que novas intenações podem ser evitadas, entretanto para tal o tempo é primordial.

5.2 Relações Familiares

Conforme Christiano e Nunes (2013) o último censo do IBGE, realizado em 2010, refere que

[...] as diferentes estruturações familiares já ultrapassaram em 50,1% as famílias nucleares. Apesar desse aumento, não se quer dizer que a família nuclear está sendo eliminada. Na verdade o que vem acontecendo é o surgimento de novos arranjos (CHRISTIANO, NUNES, 2013, P. 38).

As configurações familiares na atualidade podem ser classificadas como: nucleares, patriarcais, monoparentais, casais homoafetivos ou heteroafetivos com ou sem filhos/as, unipessoais, extensas, consensuais, por associação (CHRISTIANO, NUNES, 2013, P. 39). As referências familiares, podem ser: pais, mães, avôs, avós, irmãos/ãs, tios/as, dentre outros/as, nas suas diversas faixas etárias e existência, ou não, de consanguinidade. Famílias também podem ser classificadas como grupos diversos compostos por pessoas que não necessariamente residem juntas ou têm laços consanguíneos e parentesco, mas são unidas por questões afetivas, interesses ou conveniências (GARCIA, 2018, P. 49).

Quanto às políticas públicas, percebe-se a centralidade da família na Constituição Federal, conforme o Artigo 226: “A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (BRASIL, 1998); e nos dentre tantos, os seguintes artigos:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à **família**¹⁴, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; [...] Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da **família**, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. [...] Art. 227. É dever da **família**, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. [...] Art. 230. **A família**, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988).

É notória a centralidade da família nas diversas políticas públicas/sociais como corresponsável pela educação, pela proteção à infância, à adolescência, à juventude e à pessoa idosa. Também é foco da política de Assistência Social, componente essencial do tripé da Seguridade Social. Na Saúde “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (BRASIL, 1990, Art. 2º § 2º).

As autoras Abraão e Mioto contribuem à discussão acerca do conceito de

¹⁴ Destaques da autora.

família nas políticas, distinguindo entre: política de família, que consiste em intervir no modelo de família, para sua reestruturação conforme o modelo preconizado como adequado; política referida à família, para fortalecimento das funções sociais da família, tais como garantia de condições materiais de vida, herança, valores, atitudes; políticas orientadas à família, considerando suas múltiplas configurações e novos arranjos familiares, respeitando a diversidade, limitações e autonomia (ABRAÃO, MIOTO, 2017, p. 426).

Na pesquisa realizada uma das categorias mais significativas foi a de “família”. Abaixo estão exemplificadas algumas demandas de caráter familiar, nas suas múltiplas configurações, que ilustram o trabalho do/a Assistente Social no Serviço de Emergência:

Quadro 4. Síntese dos resultados sobre sentidos atribuídos à categoria de relações familiares

| EQUIPE SOLICITANTE | DEMANDA | AÇÕES/ CONDUTAS |
|---------------------------|---|---|
| Enfermagem | 1ª internação / Verificar rede de apoio. | Atendimento com a filha / Contato com a US / Discussão com a Psico / |
| Huddle | Consultoria - Med: Conflitos familiares. | Tentativa de contato com familiares / Recado com amigo / Contato com US / Envio de relatório para o CRAS |
| Enfermagem | Suporte à paciente. | Entrevista com a irmã - refere rede de apoio frágil. Acompanhará a paciente em dias alternados / Contatar a rede do território - família de baixa renda e com dificuldades de articular recursos. |
| Medicina ou Enfermagem | Consultoria: Idosa mora sozinha, sem rede de apoio, neoplasia, ansiedade e depressão. | Atendimento com a paciente / Rede de apoio “pobre” / Plano de contatar Cras e US / Contatar a amiga / |
| Medicina ou Enfermagem | Consultoria: neoplasia pancreática sem rede de apoio. | Atendimento com o paciente / Contato com a filha - atto agendado OK / Contatar rede |
| Huddle | Suporte a paciente com neoplasia. | Paciente confuso / Tentativa de contato com familiar sem sucesso / Posterior contato com a esposa e agendamento de atto / Aguardar novas demandas. |
| Medicina | Localizar familiar - paciente desacordado | Contato com a unidade de saúde - vão fazer VD / Admin verificou e localizou contatos no CAD SUS - familiares acionados. |
| Fonoaudiologia | Verificar suporte familiar / | Desacompanhado - sem condições de |

| | | |
|------------------------|---|--|
| | Paciente aparenta ter déficit cognitivo avançado | atendimento / Atendimento agendado com a filha / Contato com a unidade de saúde próximo à alta |
| TAE | Ver suporte para o Programa Melhor em Casa | Filha será a cuidadora |
| Medicina | Alta - avaliar contexto | Atendido / Contatar o SAF Floresta e Unidade de Saúde (sem sucesso) / Orientar o paciente / E-mail encaminhado para a rede |
| Enfermagem | Consultoria: paciente com déficit auditivo, sem condições de permanecer sem acompanhante / Localizar | Contato com familiar - sem outros para virem / Vai chegar amanhã de manhã / Familiar compareceu / Orientada sobre alimentação / Contatar a Unidade de Saúde próximo à alta |
| Huddle | Avaliação para o Programa Melhor em Casa | Avaliado - filha é a cuidadora / Retorno à Enfermeira do NIR |
| Medicina | Paciente com dificuldade de verbalização - necessita de familiar / Chamar / Verificar suporte e acionar a rede / Alta breve | Contatar a Unidade de Saúde / Familiar atendida / Discussão com a Médica - plano de anticoagulação e internação / Repasse à esposa / Contatar o SAF |
| Medicina ou Enfermagem | Consultoria: risco de fuga / Paciente e familiar indígenas de aldeia em Benjamin Constant | Familiar refere desejar permanecer com o paciente / Sem recursos para custear a alimentação / Na próxima semana conseguem acessar proventos da aposentadoria / Solicitada alimentação, mas sem critérios / Discussão com a Médica / Contato recebido da SESAI/ Contato com a Secretaria de Saúde - solicitação de transporte para alta |
| Psicologia | Prontuário refere frágil suporte social | Abordagem ao paciente / Recebendo visita de familiares e amigos / Revezando-se nos cuidados / Reunião com Assistente Social da UBS |
| Medicina | Consultoria: filho quer restrição da filha / Verificar contexto | Retornam com medida protetiva / Orientados sobre rotinas / Discussão com a Enfermagem / Em caso de transferência contatar o filho / Contatar o Posto - curativos |
| Medicina ou Enfermagem | Consultoria: trazida por vizinhos / Sem visita de familiares há 4 dias / Tem exame que precisa assinar / Analfabeta | Conversa com amigos que acompanham a internação - apoio para a alta |
| Medicina ou Enfermagem | Consultoria: Rede de apoio "diminuta" | Paciente atendido / Apoio familiar disponível / Plano de mandar e-mail para o INSS e entrar em contato com o CRAS (SAF Campo da Tuca) |
| Enfermagem | Filhos estão em casa / Paciente vai ficar internada | Contato - não é mais vizinha e não vê há tempos / Outro contato desconhece / Contato com Unidade de Saúde - discutido com a Técnica de Enfermagem - ligar mais tarde, vai ir até a casa |

| | | |
|------------------------|---|---|
| | | dos filhos / Contato com a unidade de saúde. Informou a família e forneceu outro número de contato da vizinha/ Foi para o andar. |
| Medicina ou Enfermagem | Consultoria: mora sozinha em Porto Alegre com o esposo (78 anos) também idoso / Está na UV | Contato com o esposo - vem amanhã de amanhã para visita e avaliação com o Serviço Social / Atendido / Psico acionada / Contato com irmão da paciente |
| Enfermagem | Solicita avaliação para familiar | São do interior, mas não desejam acessar hospedagem / Familiar não apresenta demandas |
| Medicina ou Enfermagem | Consultoria: paciente dos paliativos / institucionalizado / Plano de alta? | Revisão de prontuário / Acolhimento com o paciente / Contato telefônico da irmã - virá visitar / Evolução em prontuário / Familiar refere que a instituição irá recebê-lo após a alta / Indicativo de alta com familiares |
| Medicina | Avaliação do núcleo familiar | Atendimento com o filho / US [unidade de saúde] Glória / Programa Melhor em Casa / Bom suporte familiar / Evolução em prontuário |
| Enfermagem | Consultoria: paciente tem uma filha de 18 anos com hidrocefalia e mieloma que necessita de cuidados / Solicita informações da filha e deseja orientar cuidados | Paciente atendida / Contato com o marido |
| Medicina | Consultoria: paciente sem acompanhante desde a chegada do HPS por protocolo de infarto | Verificados contatos / Contato com filho + esposa / Informados da internação e dos horários de visita |
| Medicina | Consultoria: rede familiar ? Visitas de familiares? / Questões de saúde mental / Paciente chorosa, familiares não vieram visitar, preocupada com o filho de 7 anos e os cachorros | Atendimento / Discussão com a equipe médica: possível alta hoje / Plano de contato com o Cras Cavahada / Evolução em prontuário |

SANTOS, 2020.

O trabalho qualificado na Saúde, em seus diferentes níveis de atenção, requer aos/às profissionais não somente o reconhecimento dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, mas a constante reflexão acerca dos mesmos. É nesse cenário que a família pode tornar-se partícipe nas funções protetivas, curativas e preventivas.

Contudo, podem não dispor dos recursos¹⁵ para tanto, ou sequer existir uma família presente, seja qual for sua configuração. Surge, por conseguinte, o desafio dos/as profissionais em não responsabilizar exclusivamente os sujeitos e/ou suas

¹⁵ Recursos para além de financeiros ou materiais.

famílias e atuar na perspectiva que "a proteção [social] se efetiva através da garantia de direitos sociais universais, pois somente através deles é possível consolidar a cidadania e caminhar para a equidade e a justiça social" (MIOTO, 2010, p. 170).

O/a Assistente Social, seja qual for o espaço sócio-ocupacional no qual está inserido/a, tem o dever de executar a integralidade das políticas públicas/sociais, cujo "objetivo principal é identificar as fontes de dificuldades familiares, as suas possibilidades de mudanças e os recursos necessários para que as famílias consigam articular respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida" (MIOTO, 2010, p. 172-173). Ao Serviço Social compete a leitura ampliada de cada realidade apresentada, mediar, articular, orientar, estimular o exercício da autonomia e, quando identificadas dificuldades, considerar as limitações das famílias, bem como a sensibilização de demais profissionais da equipe

[...] que a responsabilidade da proteção social não está restrita às famílias e, portanto, a solução dos mesmos extrapola as suas possibilidades individuais. Condiciona a proteção social, exercida pela família, ao acesso à renda e ao usufruto de bens e serviços de caráter universal e de qualidade [...] conquista e garantia de direitos" (MIOTO, 2010, p. 172-173).

É frequente a cobrança sobre as famílias em executar, sem a devida colaboração/corresponsabilização do Estado "por exemplo, na Saúde, nas situações em que fica a cargo da família levar idosos e pessoas com deficiência para tratamento, viabilizando o acesso ao direito à saúde (OROZIMBO, AFONSO, 2020, P. 98). Ou seja, por vezes as famílias não conseguem, sozinhas, efetivar a proteção social dos seus membros sem o acesso a políticas públicas que dêem suporte às suas necessidades. Nesse contexto, a responsabilidade estatal torna-se papel do Estado torna-se fundamental para a garantia dos direitos sociais.

Gradativamente, as políticas públicas encontram-se em processo de crescente focalização, o que dificulta o acesso das famílias aos seus direitos. Essa tendência configura a "interrupção de um processo em curso pela universalização de direitos sociais, produto da luta social, com a substituição de políticas e programas universais por programas focalizados na pobreza e na extrema pobreza" (FERRAZ, 2016, p.10).

O/a assistente Social, numa equipe multiprofissional, tem a competência para aproximar-se da realidade dos/as pacientes e familiares, bem como traduzi-la

aos/às demais profissionais. É quem interpreta as possíveis situações de vulnerabilidades e tem o conhecimento para desvelar o aparente, como, por exemplo, casos de suspeitas de negligências e abandonos, ao identificar que aqueles/as envolvidos/as, na verdade, requerem o suporte tanto dos/as trabalhadores/as da instituição como de demais serviços da rede intersetorial, da corresponsabilização do Estado na proteção sociais dos sujeitos.

5.3 As Competências e Atribuições do/a Assistente Social no Serviço de Emergência do HCPA

Durante este estudo, emergiram algumas situações nas quais o núcleo de Serviço Social da Emergência é acionado não necessariamente dizem respeito às atribuições dos/as Assistentes Sociais. Tais situações afloram de forma bastante significativa nos documentos analisados, curiosamente chegando a um total de 35,32% de todas demandas direcionadas ao Serviço Social, enquanto as de relações familiares chegaram a 31,59% e as de articulações com a rede intersetorial a 26,36%.

É perceptível a predominância das demandas administrativas, que não requerem a intervenção altamente qualificada do/a Assistente Social. Poderiam ser executadas por trabalhadores/as administrativos/as, os/as quais,

Devido à indefinição sobre suas funções e a não inserção em uma categoria profissional específica, são contratados em cargos diversos, como por exemplo, auxiliares administrativos, técnicos administrativos, agentes de serviços operacionais, entre outros. Geralmente estas atividades são exercidas por trabalhadores com diferentes níveis de escolaridade, sejam aqueles com nível fundamental ou superior. A formação profissional ocorre principalmente no cotidiano dos serviços, sem capacitação formal correspondente (FIOCRUZ, 2020).

Dentre tantas, ilustram tais afirmações as seguintes demandas:

Quadro 5. Demandas de caráter administrativo

| | | |
|-----------------------|---|--|
| Medicina | Familiar para alta | Admin informou que conseguiu contato com o filho / Sem evolução. |
| Medicina e Enfermagem | Solicitam contato do Hospital Santa Luzia ¹⁶ | Contato ¹⁷ compartilhado no |

¹⁶ Não registrada a intencionalidade.

¹⁷ A demanda era somente de compartilhar o contato, acessível a qualquer pessoa que buscar nas plataformas digitais de pesquisas gerais.

| | | |
|------------------------|--|---|
| | | Huddle / Orientação ao Admin sobre ambulância via Sec Saúde |
| Huddle | Transferência pro Santa Ana ¹⁸ | Ok - familiar ciente e de acordo |
| Medicina ou Enfermagem | Consultoria: alimentação | Visita ao leito / Paciente vai ser transferida |
| Medicina | Contatar o familiar para trazer medicação e receitas no horário de visitas | Médica orientada a solicitar a ligação ao administrativo / Não identificaram demandas para o Serviço Social |

SANTOS, 2020.

Este quadro exemplifica algumas demandas categorizadas como administrativas, que foram bastante repetitivas. São condutas que não necessitam de formação técnica específica em matéria de Serviço Social, portanto, não cabe ao/à Assistente Social executá-las, especialmente em equipes que dispõem de assistentes administrativos/as. Aqui não se pretende negar ou refutar a necessidade de que, quando estamos inseridos no SUS, num contexto de um serviço de emergência, em alguns momentos precisamos nos despir de nossas atribuições profissionais específicas do núcleo ou de contrapor ao trabalho interprofissional, todavia, quando a exceção torna-se regra algo precisa ser revisto.

Os “Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, elaborado em 2010, dispõe brevemente sobre algumas demandas que não dizem respeito a esses/as profissionais, a exemplo de: marcações, autorizações e solicitações de consultas e exames; regulações e solicitações de ambulância para remoções e altas hospitalares; identificações de vagas em outras unidades da mesma instituição ou em outras; convocações de responsáveis pelos/as pacientes para comunicação de óbito; emissões de declarações de comparecimento quando o respectivo atendimento foi feito por outro/a profissional da equipe (CFESS, 2010).

Percebe-se a dificuldade dos serviços de saúde, ou seja, de compreensão pelos/as demais trabalhadores/as das atribuições e competências dos/as trabalhadores/as Assistentes Sociais “face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à

¹⁸ Comunicação sobre a transferência do/a paciente para outra instituição, com continuidade dos cuidados a nível hospitalar de menor complexidade.

fragmentação do trabalho ainda existente” (CFESS, 2010). Há uma década o documento “Parâmetros Para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” foi elaborado e tais entraves perduram.

Entende-se, a partir desse dado, que uma parcela considerável da carga horária de trabalho do/a Assistente Social é destinada a desempenhar ações que não necessitam da formação técnica de nível superior em matéria de Serviço Social para serem atendidas. Todavia, surpreendentemente acabam se sobrepondo em a outras demandas que são atribuições do/a Assistente Social, o que, por consequência lógica, pode interferir na qualidade do trabalho que estes/as profissionais desenvolvem na emergência, setor que requer uma atuação efetiva e eficaz junto a familiares dos/as pacientes e com suas respectivas redes intersetoriais. Tais intervenções podem incidir nos determinantes sociais de saúde relativos aos agravos de condições clínicas que levam os/as pacientes a internações hospitalares.

A aparente expectativa do restante da equipe multiprofissional no que compete à resolutividade das demandas apresentadas, muitas vezes desconsideram o contexto social dos/as usuários/as da Saúde, cujas demandas devem ser desveladas e ressignificadas através do objeto profissional do serviço social, que impactam diretamente ou indiretamente na saúde dos/as pacientes, relacionadas aos seus determinantes sociais da saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou o trabalho do/a Assistente Social no contexto do Serviço de Emergência a pacientes adultos/as no HCPA a partir das demandas apresentadas pelos demais membros da equipe multiprofissional, bem como identificou as demandas de pacientes adultos/as designadas pela equipe multiprofissional para o Serviço Social da Emergência, buscou-se evidenciar as potencialidades, desafios e limites do trabalho dos/as Assistentes através das referidas demandas dialogando com as normativas que norteiam a profissão.

Os resultados desvelaram tanto respostas quanto questionamentos frente aos objetivos do estudo. Foram elaborados quadros por categorias de demandas, cujas predominâncias foram parcialmente condizentes com as hipóteses levantadas no período da pesquisa.

Dentre os obstáculos encontrados, pode ser mencionada a qualidade dos registros realizados pelas Assistentes Sociais da EMA, que careceu de alguns aspectos que poderiam ser relevantes para evidenciar as potencialidades do trabalho destas profissionais, contudo, dizem sobre a dinamicidade do trabalho no referido cenário, que por vezes não proporciona tempo hábil para registro além do prontuário eletrônico, documento prioritário de registro de atendimentos.

Dentre os dados mais significativos descobertos com este estudo encontram-se os numerosos acionamentos do Serviço Social por outros/as profissionais em situações que indicam demandas referentes às articulações com a rede intersetorial e às relações familiares, que comumente estão correlacionadas e indissociáveis. Também foram encontradas, na sua maioria, acionamentos para atender demandas pontualmente administrativas (total de 35,32%), que acabam empenhando sua carga horária de trabalho dos/as Assistentes Sociais para atendimentos dessas situações que poderiam ser investidas no atendimento de questões relacionadas ao contexto social dos/as pacientes.

Nos questionamentos emergidos destacam-se os escassos acionamentos das equipes de Fisioterapia e Nutrição, e nulos da equipe da Farmácia. Assim, aflora a reflexão acerca do trabalho em equipe, principalmente em um serviço que recebe e conduz uma residência multiprofissional, estimular e potencializar o compartilhamento da responsabilidade de assistência ao/à paciente entre os diferentes núcleos profissionais deve ser a base da formação no SUS e para o SUS.

Portanto, emergiram neste estudo questionamentos para além das resposta

às questões norteadoras que instigaram este TCR, ficamos com a inquietação das perguntas: por que o Serviço Social é majoritariamente acionado pelos núcleos da Medicina e Enfermagem? Como os demais profissionais lidam nas situações de vulnerabilidade? Conseguem identificar indícios? Tais questionamentos não são objetos de estudos deste trabalho, mas como toda produção científica responsável, trazemos respostas e geramos novas necessidades.

Ressaltamos que quando um profissional não consegue desenvolver um cuidado de acordo com toda sua potência técnica essa questão extrapola a especificidade da profissão e torna-se uma questão de todo o Serviço de Emergência a pacientes adultos/as, ou seja, sugere-se que a equipe multiprofissional observe os riscos inerentes no cuidado com o paciente, que podem estar permeando este contexto.

Por fim, os resultados obtidos neste estudo ressaltam o nível de complexidade que envolve o trabalho do/a Assistente Social na EMA, que tem como desafio olhar e incidir na realidade de vida de cada paciente e família em um curto espaço de tempo, principalmente nas situações em que a EMA torna-se a porta de entrada para SUS e não a atenção primária, como prevê a política. O que fala, mesmo com os entraves no cotidiano de trabalho, a qualidade e comprometimento com que os/as trabalhadores/as Assistentes Sociais organizam seu processo de trabalho na EMA do HCPA.

REFERÊNCIAS

ABRAO, Kênia Cristina Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Políticas familiares: uma introdução ao debate contemporâneo. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 420-429, Dezembro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802017000300420&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 de Novembro de 2020.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Distritos Sanitários: Concepção e Organização, volume 1 / Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro, Carlos Alberto Lisboa Vieira. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. **Série Saúde & Cidadania**. Realizadores: "Instituto para o Desenvolvimento. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf> Acesso em 18 de Abril de 2020.

AMORIM, Henrique. As teorias do trabalho imaterial: uma reflexão crítica a partir de Marx. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 70, p. 31-45, Abr. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792014000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Ago. 2020.
<https://doi.org/10.1590/S0103-49792014000100003>.

ARAUJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, Sept. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300601&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de Outubro de 2019.

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

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde: **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, set. 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências**. Brasília, DF: 1993.

_____. Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

_____. Portaria Nº 1863, De 29 De Setembro De 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS** - Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006.

_____. Lei nº 11.935, de 11 de Maio de 2009. **Altera o art. 36-C da Lei nº 9.656, de**

3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2011.935-2009?OpenDocument

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **CapacitaSuas SUAS: configurando os eixos de mudança**. Brasília: Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008. v. 1.

_____. Portaria Nº 4.279, De 30 De Dezembro De 2010 **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

_____. Decreto Nº 7.508, De 28 De Junho De 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.**

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

_____. Portaria nº 1.600, De 07 De Julho De 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>

_____. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>

_____. **Manual Instrutivo da rede de Atenção de Urgências e Emergências**.

Editora: Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf

BUSS, Paulo M; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 78-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto et al. A intersectorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 39, p. 192-215, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 de Março de 2020.

COLMÁN, Evaristo; POLA, Karina Dala. Trabalho em Marx e Serviço Social. Serviço Social em Revista. **Universidade Estadual de Londrina**, jan/dez 2009, v. 12, n. 1,

ISSN: 1516-3091. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/2009_2/Artigo%20evaristo.pdf Acesso em 20 de Agosto de 2020.

CHUPEL, Cláudia Priscila. Acolhimento e Serviço Social: um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis. 2008. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008 *in*: SILVA, Paloma Beatriz da. **O Trabalho Do (A) Assistente Social Na Alta Complexidade Em Saúde: Breve Análise Da Produção Teórica Da Área.** Trabalho De Conclusão De Curso. Universidade Federal De Santa Catarina, 2020. Disponível Em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/199029/Paloma%20Beatriz%20da%20Silva.pdf?sequence=3&isAllowed=y>> Acesso Em 20 De Agosto De 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social e Lei 8.662/1993.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf> Acesso 15 de Outubro de 2019.

_____. **Parâmetros Para a Atuação de Assistentes Sociais na Política da Saúde.** Distrito Federal, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 10 de Outubro de 2019.

_____. **Resolução 383 de 29 de março de 1999: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em 29 de Agosto de 2019.

_____. **Resolução 594 de 21 de janeiro de 2011: Altera o Código de Ética do Assistente Social, introduzindo aperfeiçoamentos formais, gramaticais e conceituais em seu texto e garantindo a linguagem de gênero.** Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Res594.pdf>>. Acesso em 29 de Junho de 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Resolução n.º 218 de 06 de Março de 1997.** Disponível em: <http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf>. Acesso em 14 de Outubro de 2019.

ESCALDA, Patrícia; PARREIRA, Clélia Maria de Sousa Ferreira. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601717&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de Outubro de 2019.

FERRAZ, Políticas sociais e crise capitalista: desafios para o serviço social. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 8, n.1, p. 21-26, jan./abr. 2016. Disponível em <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/12176/8783>>. Acesso em 28 de Deze, bro de 2020.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, Agosto de 2007. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de Novembro de 2020.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400018>.

FIOCRUZ. O Observatório dos Técnicos em Saúde. Disponível em <<http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Trabalhador&Num=6#:~:text=Na%20%C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde%20os,de%20servi%C3%A7os%20diversos%20nas%20institui%C3%A7%C3%B5es.&text=A%20forma%C3%A7%C3%A3o%20profissional%20ocorre%20principalmente,servi%C3%A7os%20sem%20capacita%C3%A7%C3%A3o%20formal%20correspondente.>> Acesso em 30 de dezembro de 2020.

GARCIA, Joana Angélica Barbosa. Apontamentos sobre a controvertida centralidade da família no trabalho social. **SER Social**, Brasília, v. 20, n. 42, p. 30-54, jan.-jun./2018. Disponível em <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/issue/view/1199/Edi%C3%A7%C3%A3o%20Completa_v.20%2C%20n.%2042%20%282018%29> Acesso em 28 de dezembro de 2020.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. In: **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Antropologia e Saúde collection, pp. 15-26. ISBN 978-85-7541-378-4. Disponível em SciELO Books.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Edição. Editora Atlas: São Paulo, 2008.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Características Institucionais**. Disponível em <<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-apresentacao-caracteristicas>> Acesso em 03 de Março de 2020.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana, BONOTTO, Danusa de Lara. Pesquisa Documental na Pesquisa Qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones UNAD - Universidad Nacional Abierta y a Distancia**, Bogotá, jul/dez. 2015. Disponível em: <<http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/revista-de-investigaciones-unad/article/viewFile/1455/1771>>. Acesso em 10 de Outubro de 2019.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, Set. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de Março de 2020.

MARTINS, Valter; Z Aidan, Laís Silva. O Trabalho do Assistente Social Frente às

Demandas Intersetoriais. In: **Anais da VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2017, São Luis. MA.** Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo2/otrabalhodoassistentesocialefrenteasdemandasintersectoriais.pdf>> Acesso em 21 de Novembro de 2020.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política.** 3. ed. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1988, tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe.

MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n.2, p. 163-176, Jan-Jun. de 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2010v12n2p163>

MORAES, Josiane. MARTINELLI, Maria Lúcia. A Importância Categoria Mediação Para O Serviço Social. **Anais do XX Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social**, 2012, Córdoba, 2012. Disponível em <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/Y6O09Vi7X17oOE584R0e.pdf> > Acesso em 07 de Setembro de 2020.

NETTO, José Paulo. **A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social.** In: _____. Serviço Social e Saúde - formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

OROZIMBO, Elizete Matias Barbosa; AFONSO, Maria Lúcia Miranda. Sentidos de família e o desafio para a intersectorialidade na proteção social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo , n. 137, p. 95-112, Abril de. 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282020000100095&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de Dezembro de 2020

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 dezembro de 2020.

RAICHELIS, Raquel. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. Serviço Social e Sociedade – Edição Especial: Proteção Social, São Paulo, n. 116, out./dez., 2013. in DEGENSZAJN, Raquel Raichelis. "Polêmicas teóricas na análise marxiana do trabalho no Serviço Social." **Em Pauta**, v. 16, n. 41, 2018, p. 154-170. Disponível em <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/download/36691/26322>>. Acesso em 24 Ago. 2020.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 537-542, Out. 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de Setembro de 2019.

SILVA, Andressa Henning; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Análise De Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos.** Qualitas Revista Eletrônica, Paraíba, v. 17, n. 1, 2015. Disponível em

<<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/download/2113/1403>>. Acesso em 05 de outubro de 2019.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Grupo de Pesquisa e Pós Graduação

Comissão Científica

Projeto 2020/0259

Título O Trabalho do/a Assistente Social numa Emergência de pacientes adultos/as no SUS

Pesquisador JANAIRA DORNELES DE QUADROS DAVILA

Equipe de Pesquisa:

NATASHA GUABIRABA DOS
SANTOS

ROSANA MARIA DE LIMA

Data de 27/07/2020

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)



Assinado digitalmente por:
PATRICIA ASHTON PROLLA

Grupo de Pesquisa e Pós-graduação

28/07/2020 20:27:04

<https://registro-externo.hcpa.edu.br/pesquisa/publico/cadastroapoiado/conferenciaArquivo.xhtml?codigo=1063377>

AGHUse-Pesquisa por ANDERSON ZANARDO MACHADO em 27/07/2020 09:47:12

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

2020-0259/O Trabalho do/a Assistente Social numa Emergência de pacientes adultos/as no SUS

O pesquisador do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 4 de junho de 2020



Assinado digitalmente por:
ROSANA MARIA DE LIMA

COLABORADOR
05/06/2020 14:19:41

https://registro-externo.hcpa.edu.br/pesquisa/publico/cadastroapoi/conferenciaArquivo.xhtml?co_darq=1003162

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS

2020-0259/O Trabalho do/a Assistente Social numa Emergência de pacientes adultos/as no SUS

O pesquisador do presente projeto se compromete a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 4 de junho de 2020



Assinado digitalmente por:
ROSANA MARIA DE LIMA

COLABORADOR
05/06/2020 14:19:22

<https://sig.hcpcp.externo.hcpcp.edu.br/pesquisa/publico/cadastroapoiio/conferenciaArquivo.xhtml?coDarq=1003147>