

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL
ATENÇÃO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO**

**O(A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE ENQUANTO VIABILIZADOR
DE DIREITOS SOCIAIS: um recorte da experiência na UTI-Adulto**

CAIO MATHEUS NEVES ARAUJO
ORIENTADOR: PROF. DR. FLANDER DE ALMEIDA CALIXTO

**UBERLÂNDIA – MG
2022**

CAIO MATHEUS NEVES ARAÚJO

**O(A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE ENQUANTO VIABILIZADOR
DE DIREITOS SOCIAIS: um recorte da experiência na UTI-Adulto**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao programa de Residência Multiprofissional em Área Profissional de Saúde, como requisito para obtenção do título de especialista em Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

Orientador: Prof. Dr. Flander de Almeida Calixto

UBERLÂNDIA - MG

2022

RESUMO

Este trabalho é um relato de experiência do residente de Serviço Social, com recorte na vivência da UTI-adulto, em um hospital de alta complexidade. Entre os aspectos abordados, destacou-se a importância do componente educativo da atuação do(a) Assistente Social no trato da relação com o paciente, com o familiar do usuário e envolvendo o trabalho de preceptoria, o trabalho de tutoria e o trabalho com os demais profissionais da área hospitalar, que foram fundamentais para construção de um saber crítico emancipatório e dialético. Essas experiências se deram em um momento difícil da história da saúde em nosso país, em função da pandemia de Covid-19, que afetou diretamente os processos de trabalho do Serviço Social no hospital e da residência. Tomou-se como referencial teórico para análise o marco-legal básico da Política de Saúde e/os as referências teóricas do Serviço Social que discutem essa política.

PALAVRAS-CHAVE: SUS; Direitos Sociais; Serviço Social; Residência Multiprofissional.

ABSTRACT

This work is an experience report of the Social Work resident, with a focus on the experience of the adult UTI, in a high complexity hospital. Among the aspects addressed, the importance of the educational component of the Social Worker's performance in dealing with the relationship with the patient, with the family user and involving the preceptorship work, the tutoring work and the work with the others was highlighted, hospital professionals. These experiences took place at a difficult time in the history of health in our country, due to the Covid-19 pandemic, which directly affected the work processes of the Social Service at the hospital and at home. The basic legal framework for health and the references of authors who write for health in social work were taken as a theoretical reference for analysis.

KEY-WORDS: SUS, Social Rights, Social Work, Multiprofessional Residency.

INTRODUÇÃO

O presente relato de experiência se constitui em um estudo de caráter qualitativo, com foco na experiência vivida pelo residente apoiado pela pesquisa bibliográfica, sendo o objeto de estudo as percepções do pesquisador sobre a atuação do(a) Assistente Social na Saúde, enquanto residente multiprofissional em um hospital de clínicas de alta complexidade da saúde terciária, especificamente no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – HC-UFU.

Foi realizada a seleção de artigos, livros e autores que possibilitem convergir em observações registradas no diário de campo do pesquisador, obtidas durante o período de formação em trabalho na residência multiprofissional. A área de concentração foi a Atenção ao Paciente em Estado Crítico - APEC.

Para realizar os relatos, objeto de estudo, foram consultados os registros do diário de campo. O material de referência consta a Lei de nº 8080 que estrutura o Sistema Único de Saúde, os Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde – 2010, discutidas no âmbito da categoria dos Assistentes Sociais. Destaca-se uma referência basilar da intervenção, as ações socioeducativas do(a) Assistente Social, definidas por “democratizar informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamento quanto aos direitos sociais da população usuária” (CFESS, 2010, p. 44).

Com relação ao acesso a Assistência Social, política fundamental na intervenção desse segmento, foi considerada a Lei de nº 8742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social); e a Resolução de nº 218, de 06 de março de 1997 do Ministério da Saúde, que reconhece o(a) Assistente Social como profissional de saúde de nível superior.

Após a revisão de literatura, análise das experiências e percepções adquiridas pelo pesquisador, foi elaborada uma síntese do material que teve como objetivo contribuir com a reflexão do fazer profissional e com a importância da atuação do(a) Assistente Social na Saúde, enquanto agente viabilizador de direitos sociais da população atendida no hospital.

Em um dos eixos de atuação do (a) Assistente Social na área de saúde CFESS (2010), consta o atendimento direto aos usuários e famílias, sendo este, um importante compromisso da atuação profissional, que propicia a possibilidade de viabilizar serviços que favoreçam a cidadania para à população. Para facilitar o acesso dos usuários às políticas públicas intersectorializadas com a área da saúde é fundamental o envolvimento da Política de Assistência Social¹, esta que em toda sua estrutura de serviços em conjunto com sua rede socioassistencial comporta correlação com outras políticas sociais (Educação, Transporte, Habitação, dentre outras) aplicada em parceria com a política de saúde. Há que se considerar que a Política de Assistência Social possui o caráter não contributivo para seu acesso e que não tem a dimensão universal como a saúde, sendo acessada por boa parte dos cidadãos atendidos pelo SUS. Vê-se claramente o quão importante é a intersectorialidade envolvendo a Assistência Social no cenário de acesso a saúde dessa população excluída em tantos outros direitos constitucionais.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: ATENÇÃO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO - APEC

O programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Uberlândia, constitui-se em uma pós-graduação lato sensu, definida pela modalidade de educação em serviço. Tem-se no Hospital de Clínicas (HC) da cidade o seu espaço de prática, sendo que a área de concentração Atenção ao Paciente em Estado Crítico possui 7 áreas de conhecimento (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social e Psicologia). O programa para além dos profissionais de saúde residentes, conta com a colaboração de preceptores e tutores, estes, trabalhadores do HC, e docentes da universidade envolvidos no Programa nas disciplinas curriculares.

O programa de residência multiprofissional da Universidade Federal de Uberlândia conforme salientado em seu projeto pedagógico COREMU (2012) tem como objetivo formar profissionais de saúde, especialistas na área de concentração, com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificado para o

¹ Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2005).

exercício na especialidade escolhida. A coordenação vem se empenhando para dar uma materialidade mais qualificada da formação em serviço, embora encontre dificuldades, que em boa medida foram agravadas no período pandêmico. Mas a proposta é busca estar cada vez mais próximo aos residentes e suas demandas objetivas.

Em grande parte, o espaço de prática se constitui na atenção terciária (serviço hospitalar de alta complexidade), desenvolvendo-se principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva, no Pronto-Socorro e nas Enfermarias do hospital.

Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental. (BRASIL, 2011).

Este cenário de prática propicia aos profissionais de saúde residentes de diversas áreas uma maior aproximação com a realidade dos serviços prestados na instituição e propicia o contato direto com as mais diversas realidades da população usuária e suas famílias, a integração com outras áreas de saber e o aprimoramento profissional das mais diversas especialidades.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ENQUANTO DIREITO DA POPULAÇÃO

Pôde-se observar durante a residência multiprofissional o quão fundamental para o usuário é a estrutura ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é fruto de lutas da classe trabalhadora por melhores condições de saúde. A criação do SUS está atrelada na disputa acirrada entre dois grandes projetos ideopolíticos que emergem em meados da década de 1980; (Projeto Privatista x Movimento da Reforma Sanitária). Que possuem modelos e concepções distintas em relação a política de saúde. Há em curso uma relação antagônica entre Público e Privado, sendo que, a vertente privatista defende os interesses do mercado numa ótica de contrarreforma do Estado e o outro a perspectiva de direito do cidadão e responsabilidade do Estado pautada constitucionalmente.

(...) a política de saúde requerida pelo Movimento Sanitário previa ações de abrangência coletiva, uma vez que esta seria uma das formas de se garantir à população recursos indispensáveis ao seu desenvolvimento social, econômico e pessoal. (ZUCCO, SENNA. 2012, p. 108).

A assistência em saúde ao longo da história passou por diversas transições até atingir a concepção de direito da população e responsabilidade pública, que é materializado em toda estrutura de serviços do SUS (atenção primária, secundária e terciária). Desde a atenção básica aos serviços de alta complexidade.

Em suas protoformas durante um longo período a assistência à saúde foi pautada de forma meritocrática e atrelada a Previdência Social, de forma focalizada e seletiva, por meio da rede privada e da inserção do indivíduo no mercado de trabalho, em que tinham direitos apenas os trabalhadores contribuintes.

A assistência à saúde eclode na previdência social, que foi o marco básico do sistema de proteção social montado no Brasil. Foi por meio da previdência social que se desenvolveu a sustentação dos direitos sociais pelo Estado. E essa previdência, quando surge, já traz a segmentação de suas clientela. Inicialmente nas Caixas, ligadas às empresas, e depois nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, construídos em torno de categorias profissionais, sendo que cada Instituto prestava também residualmente assistência à saúde (MENICUCCI, 2014, p. 79).

A assistência à saúde, na década de 30, era destinada aqueles que integravam o mercado de trabalho (a princípio os trabalhadores ferroviários) e que realizavam suas contribuições nas denominadas Caixas de Aposentadoria e Pensões/Instituto de Aposentadoria e Pensões (Lei Eloy Chaves de 1923) que eram caracterizadas como um híbrido entre seguro social e assistência à saúde.

Um importante marco nessa época foi a unificação dos institutos de Previdência Social, que significou a cobertura de todos os assalariados urbanos (e não somente a algumas categorias profissionais específicas), momento que houve uma expansão da assistência à saúde e também uma crescente do setor privado na área de saúde.

Fundamental também para entender a trajetória posterior da dualidade do sistema brasileiro foi a estratégia de fazer convênios com empresas que, por meio de subsídios governamentais, do então INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), se encarregassem da prestação de assistência à saúde a seus empregados. Esse é o berço dos planos de saúde, porque desenvolveu nas empresas a prática de prestar serviços aos empregados, o que gerou no mercado outra modalidade

institucional: as empresas médicas que geriam a assistência médica para as empresas empregadoras (MENICUCCI, 2014, p. 79).

Entre as décadas de 1960-1980, o Brasil sofreu a ditadura militar, que era um período de falta de liberdade de expressão e forte censura, a política econômica voltada para as classes dominantes e escassez da oferta de direitos sociais. Sendo que, a assistência social era atribuída para sociedade civil na perspectiva da filantropia; e a assistência à saúde se dava de maneira focalizada, em uma lógica privatista de restrito acesso à população que em grande parte foi excluída dos benefícios da civilidade.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor (...) Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada a democracia. Dos personagens que entraram em cena destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, (...), o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia, os partidos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizavam eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (BRAVO, 2006, p. 8).

As lutas dos movimentos sociais da sociedade civil organizada, que resistiu a essa realidade de privações e tinham interesses em comum, se pautavam na perspectiva da redemocratização brasileira², organizavam-se em manifestações públicas e greves dos trabalhadores, que por sua vez, eram caracterizados por sua articulação política. A exemplo pode-se identificar a massa de trabalhadores da área de saúde e os partidos de esquerda criminalizados, que defendiam melhores condições de vida, maior acesso a direitos e uma oferta da assistência à saúde pública, integral e igualitária.

...os novos sujeitos coletivos, que se organizam a partir de meados da década de 1970 no Brasil, o chamado movimento sanitário, com propostas inovadoras no sentido de um sistema de saúde universal e de caráter igualitário – e os atores forjados na trajetória da política de

² O período chamado de “**redemocratização**” compreendeu os anos de 1975 a 1985, entre os governos dos generais Ernesto Geisel e João Figueiredo e as eleições indiretas que devolveram o poder às mãos de um presidente civil (...). O processo de redemocratização compreendeu uma série de medidas que, progressivamente, foram ampliando novamente as garantias individuais e a liberdade de imprensa até culminar na eleição do primeiro presidente civil após 21 anos de ditadura militar. Fonte: <https://www.infoescola.com/historia-do-brasil/redemocratizacao/>

assistência à saúde no Brasil que, bastante consolidados, tinham desenvolvido instituições importantes, comportamentos e até mudança da percepção das pessoas, dos trabalhadores organizados, que passam a gostar de estar em planos de saúde; as empresas fizeram investimentos, e isso se transformou num grande negócio (MENICUCCI, 2014, p. 80).

É necessário ressaltar que o SUS enquanto conquista social se deu através de um longo processo histórico, que envolveu diversos atores (trabalhadores, população e gestores) até sua concretização. Compreender como se deu sua criação na ótica da garantia de direitos é fundamental para articular e defender a prestação de um serviço público de qualidade e contra a privatização desta importante rede de serviços.

A exemplo disso podemos nos referir aos resultados colhidos na pandemia de COVID-19 pois, se a população não tivesse acesso universal garantido pelo SUS não seria possível o êxito que a vacinação obteve reduzindo drasticamente o número de mortos vitimados pela pandemia, bem como os altos custo de internação e atendimento pós covid-19 que onerariam os orçamento das famílias vítimas da pandemia e mais empobrecidas pelas perdas de muitos postos de trabalho em face do isolamento social necessário, como medida sanitária de emergência.

O(A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E O EIXO SOCIOEDUCATIVO DE ATUAÇÃO: A ARTICULAÇÃO COM A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ÂMBITO DO SUS

O(A) Assistente Social inserido na Saúde, por vezes³, consegue pautar uma conduta cooperativa que favoreça a garantia e a viabilização de direitos sociais da população. A articulação intersetorial pode se viabilizar com os demais membros das multi-equipes de saúde por ser de extrema importância na consecução dos objetivos finais de atender o paciente intersetorialmente com qualidade. Nesse sentido buscou-se uma intervenção no ambiente hospitalar

³ Não são em todos os contextos que o(a) Assistente Social consegue pautar uma conduta que favoreça a garantia de direitos sociais, tendo em vista as diversas correlações de forças que permeiam os espaços sócio-ocupacionais, como: a dificuldade de acesso a determinadas políticas sociais que possuem cada vez mais uma perspectiva focalizada para seu acesso, a atuação imediatista no cotidiano de trabalho que contribui para uma prática burocrática, repetitiva sem o viés da perspectiva de garantia de direitos e do enfrentamento das expressões da Questão Social como um fator estrutural da sociedade e que perpassa a Política de Saúde.

que atendesse as famílias em diferentes contextos e necessidades. Para tanto necessita haver a mediação de um cuidar integral, pois há situações que requerem a atuação de outras profissões — além da área médica — portanto, a atuação e articulação com diferentes áreas de conhecimento, que foi observada durante a residência, propiciou um atendimento mais qualificado para o usuário, na perspectiva de uma maior integralidade das ações de saúde que redundam em um serviço de excelência. Pelo Serviço Social, foi importante constatar nas experiências vivenciadas, o quão se tornou significativo conhecer a história de vida dos indivíduos que se encontram internados. Nesse sentido foi possível contribuir com uma maior proximidade entre o paciente, o(a) acompanhante/familiar e a equipe de serviços.

Para qualificar o atendimento ao usuário, o(a) Assistente Social pôde-se valer das estruturas existentes na rede, como por exemplo as Casas de Apoio⁴, que é um importante recurso que contribui para a permanência do acompanhante na cidade, que oferta o suporte sem custos para as famílias de baixa renda que não conseguem prover sua permanência (alimentação, hospedagem, dentre outros) no município para acompanhar seu familiar internado.

A necessidade de ter um familiar próximo ao paciente deriva da cooperação inerente ao processo de assistência no âmbito dos serviços prestados pelo hospital. Muitas vezes, o familiar entra no processo de assistência como um colaborador fundamental para o pleno reestabelecimento do internado. Nesse sentido, observou-se que a casa de apoio foi um importante recurso que contribuiu com a permanência do familiar na cidade, ofertando alimentação, hospedagem, serviço de lavanderia sem custo algum para o acompanhante.

A saúde como um complexo de ações interligadas deve ser compreendida como um conjunto de fatores que são indissociáveis entre si, que leva em

⁴ A exemplo a casa de apoio Betesda: A instituição, que é ligada à Igreja Presbiteriana de Uberlândia, recebe, diariamente, mulheres e crianças com idade até 12 anos que estão em tratamento no Hospital de Clínicas da UFU (HC-UFU) ou acompanhando-os. O perfil mais comum dos hóspedes é de mulheres que, por não encontrarem o tratamento necessário em suas cidades, vêm para Uberlândia e, por aqui, ficam durante este período. O objetivo da Casa Betesda é oferecer para estas mulheres dormitórios confortáveis, refeições diárias, banhos, local para lavar roupas, entre outros serviços que não são oferecidos no hospital, mas que fazem falta, principalmente, para os pacientes e acompanhantes que estão fora casa. Tudo é oferecido gratuitamente, além das atividades lúdicas, psicológicas e da brinquedoteca para as crianças. Fonte: <https://close.com.br/casa-de-hospedagem-acolhe-pacientes-do-hc-ufu-e-acompanhantes/>

consideração as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, dentre outros. Portanto deve-se considerar o conceito ampliado de saúde:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades. Uma análise crítica e ampliada do conceito de saúde preconizado pela OMS permite delinear os seguintes questionamentos: é possível definir o que é completo bem-estar em uma sociedade marcada pelas injustiças e desigualdades socioeconômicas crescentes? (...) (DALMOLIN, BACKES, ZAMBERLAN, et.al.. 2011, p. 390).

Depreende daí que os serviços de saúde em grande medida ficam reféns das políticas econômicas marcadas pelas desigualdades sociais. No entanto, numa perspectiva de totalidade, há que se considerar que todos esses fatores reunidos no conceito ampliado de Saúde, interferem no bom atendimento do usuário do SUS, buscando, apesar das adversidades, um cuidado integral que leva em consideração questões que perpassam diretamente o cotidiano das famílias e usuários da política de saúde; como o trabalho, alimentação, a renda, o acesso (ou não) as políticas na construção de ofertas de serviços mais qualificados.

O SUS, que se consagrou na pandemia do COVID 19, como uma das mais importantes conquistas sociais do povo brasileiro, garante o acesso universal e gratuito a toda população, conforme seus princípios doutrinários, constituindo-se em um importantíssimo direito da sociedade e responsabilidade do Estado. Durante a residência foi possível observar casos em que devido a situação de pandemia do COVID-19, houve a inviabilidade do contato próximo aos familiares, por conta das medidas de proteção e de distanciamento social. Em algumas situações, o boletim médico era realizado via telefone, bem como alguns atendimentos profissionais, como era o caso do teleatendimento do serviço de Psicologia. No caso do Serviço Social o trabalho em grande parte foi realizado na forma de demanda espontânea, ou seja, outro profissional de saúde solicitava o(a) Assistente Social para uma necessidade do(a) usuário. Quando solicitado(a), o profissional se deslocava até a unidade/enfermaria para realizar o atendimento, também era realizado atendimento mediante busca ativa, onde era feito contato com os familiares e realizada a entrevista social via telefone. O Serviço Social também se programou com uma equipe específica para

atendimento de pacientes diagnosticados com coronavírus, equipe que foi contratada por processo seletivo temporário, e era exclusiva para atendimento as famílias dos pacientes com COVID-19. Essa medida de contratação de uma equipe específica para o COVID-19 foi iniciativa da direção do HC de comum acordo com o(a)s Assistentes Sociais efetivos do quadro funcional.

A pandemia de COVID-19 alterou os processos de trabalho do Serviço Social no hospital, porém a assistência ao paciente não deixou de ser prestada, o Serviço Social se organizou através do atendimento por demanda espontânea, ou seja, a partir do encaminhamento dos profissionais que ficavam nas enfermarias do hospital e o atendimento realizado aos pacientes com covid-19, pela equipe temporária contratada. O Código de Ética do(a) Assistente Social, aponta algum dos deveres do profissional, dentre estes, em seu art. 3º- Participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, na defesa de seus interesses e necessidades (BRASIL, 1993). Nesse sentido podemos dizer que o trabalho do Serviço Social foi realizado contemplando a exigência do momento.

Durante o período da residência pôde-se observar indivíduos que ao adentrarem no serviço público de saúde trazem uma condição de precarização que antecede sua entrada, dentre estes, determinantes que perpassam a falta de acesso as políticas públicas e fatores da precariedade das condições socioeconômicas.

O(a) Assistente Social possui um importante papel nessa perspectiva de atuação socioeducativa, ou seja, ao fazer o atendimento de familiares e/ou paciente, presta os esclarecimentos ofertados para democratizar informações que percorrem os direitos adquiridos. O acesso aos serviços, a articulação com as equipes de saúde, as Redes de Atenção à Saúde – RAS (Política de Saúde) e a Rede Socioassistencial (Política de Assistência Social), fazem parte de um conjunto integrado de ações interventivas.

Embora a informação qualificada seja muito importante no atendimento ao paciente, muito do trabalho do(a) assistente social na saúde terciária tem uma conexão estreita com a Política de Assistência Social, pois é um importante instrumento que possibilita a ampliação da cidadania para a população que dela necessita, em especial, aos usuários do SUS. De acordo com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS-2012)

em seu Capítulo II, p.19, pode ser considerada um conjunto integrado de oferta de serviços coadjuvantes a programas, projetos e benefícios de Assistência Social.

A exemplo dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, onde é ofertada a Proteção Social Básica, que operacionaliza os benefícios socioassistenciais da Política de Assistência; o Programa Bolsa Família, o Benefício da Prestação Continuada - BPC, a Tarifa Social, Benefícios Eventuais, dentre outros programas de suporte ao cidadão. E é por meio da inscrição no CadÚnico⁵ que é efetivado o acesso da população aos serviços da Proteção Social Básica da política de assistência social. Todo esse processo implica esclarecer ao usuário sobre seus direitos e do processo para consegui-los, a fim de que ele não se perca durante o movimento de aquisição dos benefícios. Esse trabalho foi uma preocupação que se teve ao longo das intervenções.

Foi observado a necessidade de encaminhar os usuários ao CRAS, pois, muitas das vezes, estes desconheciam os benefícios sociais ofertados por este equipamento, através da inscrição no CadÚnico (Carteira do Idoso, ID Jovem, Tarifa Social, dentre outros. Em alguns casos foi importante orientar o paciente e/ou familiar sobre o que era a Proteção Social Básica, seu trabalho realizado com as famílias em situação de risco social e informar qual era a referida instituição de sua área de abrangência, assim fomentando a perspectiva socioeducativa da atuação do(a) Assistente Social.

(...) é explícito o entendimento de que a saúde é um direito humano fundamental e produto de um conjunto de ações intersetoriais que ultrapassam o setor saúde. Indica-se, portanto, a necessidade de atuação integrada entre os setores sociais e econômicos do país, no sentido de responder ao agravamento das desigualdades sociais (...) (ZUCCO, SENNA. 2012, p. 106).

Paralelamente, na rede, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, que compõe a Proteção Social Especial (serviços de Média e Alta Complexidade), dispõe de atendimentos que também compõem

⁵ O Cadastro Único (CadÚnico) é um registro que permite ao governo saber quem são e como vivem as famílias de baixa renda no Brasil. Ele foi criado pelo Governo Federal, mas é operacionalizado e atualizado pelas prefeituras de forma gratuita. Ao se inscrever ou atualizar seus dados no Cadastro Único, você pode tentar participar de vários programas sociais. Cada programa tem uma exigência diferente, mas o primeiro passo é ter sempre seu cadastro atualizado. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/inscrever-se-no-cadastro-unico-para-programas-sociais-do-governo-federal>.

a Política de Assistência e integra uma importante rede de proteção social que perpassa a atuação do(a) Assistente Social, na perspectiva de garantir direitos da população quando for constatada situações de risco social, trabalho infantil, rompimento de vínculos familiares ou a situação de extrema violência com riscos a vida da mulher, criança ou idoso.

Durante a residência pode-se vivenciar situações em que foi necessária articulação com a Proteção Social Especial em casos de pessoas em situação de rua que não tinham um local para ficar após a alta-hospitalar e situações de pessoas idosas que se encontravam internadas sem receber contato da família como as visitas e notícias. Nessas situações foi importante acionar o CREAS, pois o serviço conta com ofertas que fornecem abrigo (Instituições de Longa Permanência, Casas de Hospedagem) e instituições que realizam trabalho com pessoas que se encontram situação de rua (Albergues, Centro Pop). No caso de usuários nessa condição que eram procedentes de outro município a conduta era o encaminhamento ao referido centro da cidade em questão para que este realizasse a articulação com as instituições da Proteção Social Básica da cidade de origem. Foi um trabalho que demandou tempo, pois foi necessário fazer uso das tecnologias da informação e comunicação (telefone, computador) para efetivar os contatos com outros municípios.

A PNAS, com o seu caráter de política de seguridade não contributiva é um dever do Estado e um direito a todo o cidadão que dela precisar, (PNAS, 2005). Nesse sentido é importante a oferta do benefício do BPC, conforme preconizado na LOAS (BRASIL, 1993), a Lei Orgânica de Assistência Social de 1993, que se regulamentou no SUAS (2005) e tem sido um importante marco na ótica dos direitos sociais. O benefício corresponde a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovar não possuir meios de prover à própria manutenção ou tê-la provida por sua família. Daí depreende que, a política de transferência de renda é vital para a população usuária do SUS que dela necessita, proporcionando um mínimo de recurso para um indivíduo que se encontra em uma situação de extremo risco social.

Durante a residência, familiares foram orientados a procurar o CRAS e não conseguiram acessar benefícios sociais visto que no ato de inscrição a renda familiar ultrapassou o limite estabelecido para o acesso, ferindo o critério do programa. Essas informações em boa medida, são desconhecidas dos cidadãos

e por isso torna-se essencial as orientações e encaminhamentos do(a) Assistente Social, que busca viabilizar possíveis acessos à rede de serviços da assistência social e os benefícios sociais; quando os usuários estão dentro dos critérios.

Durante o período de experiência profissional proporcionado pela residência, pôde-se observar que a população em muitos casos não dispõe das informações que necessita para acessar seus direitos. Por essa razão, democratizar informações sobre direitos sociais e suas formas de acesso contempla uma atuação efetiva dentro do eixo socioeducativo de atuação do(a) Assistente Social.

O Serviço Social possui um importante papel na perspectiva da viabilização de direitos da população usuária, vertente que é ratificada no Código de Ética Profissional do (a) Assistente Social de 1993, em seus princípios fundamentais:

Item III - Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; (...) Item V - Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática. (CFESS, 1993)

É importante o olhar crítico do(a) Assistente Social ao identificar situações de vulnerabilidade e facilitar o acesso dos usuários dos serviços as demais políticas existentes. Nesse sentido, deve-se levar em consideração as necessidades sociais dos cidadãos, que se desdobram em questões relacionadas como a falta de acesso as políticas públicas, complexidade dos ciclos de vida, pobreza, desvantagem pessoal resultante de deficiências, diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar (maus tratos, negligência), questões de pertencimento e sociabilidade. Estas, são algumas das situações observadas durante o período da residência que geram as demandas que estão associadas aos cuidados em saúde e são de extrema importância para o efetivo atendimento integral, conforme o conceito ampliado de saúde preconizado na OMS.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ÓTICA DA GARANTIA DE DIREITOS

Entre as bandeiras de luta do Projeto Profissional dos assistentes sociais tem destaque a garantia de direitos para a população. O profissional ao instrumentalizar a sua intervenção decifra a realidade dentro de uma perspectiva crítica que possibilita construir propostas de trabalho capazes de assegurar e efetivar direitos. Desde questões relacionadas ao trabalho, questões de habitação, direitos sociais violados, no conjunto de várias demandas interconectadas da população usuária que vai aportar na saúde trazendo as expressões da questão social, requerendo do Assistente Social um ativo papel neste processo.

Considera-se que, numa caracterização atual, a promoção da saúde deve ter como foco da ação sanitária os determinantes sobre a saúde, que incluem o próprio indivíduo e seu estilo de vida; as redes sociais e comunitárias; a oferta de serviços como o de saúde, educação, habitação e saneamento; além das condições socioeconômicas, culturais e ambientais. (RIBEIRO, et. al. 2018, p. 2).

O Serviço Social tem como seu objeto de trabalho a Questão Social, que pode ser compreendida como reflexo da relação antagônica entre capital x trabalho.

O desdobramento da Questão Social é também a questão da formação da classe operária e de sua entrada no cenário político, da necessidade de seu reconhecimento pelo Estado e, portanto, da implementação de políticas que de alguma forma levem em consideração seus interesses. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 135).

A relação entre capital x trabalho perpassa uma relação antagônica entre classe trabalhadora e classe dominante, que possuem interesses opostos. Sendo a classe trabalhadora composta por indivíduos que vendem sua força de trabalho em prol de sua sobrevivência e a classe dominante, interessada na acumulação/reprodução do capital e que em grande parte detém os meios de produção.

Diante desta problemática que não será aprofundada aqui, existem questões relacionadas a precariedade do trabalho, desemprego, miséria, fome, compreendidas como expressões da Questão Social que necessitam de respostas por parte do Estado para seu enfrentamento, por meio de políticas que garantam o acesso da população a seus direitos sociais, como é o caso da Política de Assistência Social.

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas para a garantia do direito À Saúde (...) ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são: - democratizar informações por meio de orientações (individual e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos da população usuária; facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos de ação (CFESS, 2010).

A importância da participação da população, da classe trabalhadora e dos usuários dos serviços públicos no cenário político e nos espaços de decisão é fundamental, vide a proposta do SUS. Nesse sentido a participação se dá por meio da atuação nos conselhos de saúde, as conferências de saúde nas três esferas de governo para fortalecer o envolvimento da população nas decisões e representatividade, visando garantir direitos conquistados durante um longo processo histórico da saúde pública.

A GARANTIA DE DIREITOS ASSEGURADA PELO(A) ASSISTENTE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA NA UTI-ADULTO DO HC-UFU

Durante a experiência da residência vivenciada no Hospital de Clínicas, destaca-se a relevância das intervenções do(a) Assistente Social no âmbito hospitalar. Observou-se como fundamental instrumento da intervenção, as suas orientações que eram realizadas a partir da entrevista social aos familiares, para garantir acesso aos direitos dos cidadãos, que são um importante meio facilitador de cidadania para a população e as articulações com as equipes de saúde, que fomenta a perspectiva multi e interdisciplinar no cuidado em saúde.

No campo da saúde, uma área multidisciplinar e estratégica por sua própria natureza e que coloca de forma imediata a perspectiva da intervenção, os profissionais do Serviço Social e o seu processo de trabalho precisam ser muito ágeis e concretos. Na verdade, os Assistentes Sociais, assim como os demais profissionais da equipe são cada vez mais demandados a assumir-se como trabalhadores coletivos de saúde. O lugar do Serviço Social na área da saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar, plural, um lugar de ações cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares. (MARTINELLI, 2015, p. 4)

Um dos cenários de prática do programa Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC) é a UTI-Adulto, sendo que o primeiro ano da residência (R1) proporciona um período de vivência de aproximadamente 30 dias e o segundo ano (R2), proporciona um maior período de prática na unidade, este de aproximadamente quatro meses.

Conforme a programação das equipes o Assistente Social atuou em um grupo multiprofissional de 5 residentes, sendo composto por 1 profissional de Enfermagem, 1 profissional de Fisioterapia, 1 profissional de Odontologia e 1 profissional de Psicologia. A partir dessa vivência pôde-se atuar como Assistente Social no atendimento das demandas do paciente crítico e seus familiares.

Na atuação do Serviço Social na UTI-Adulto destacou-se a intervenção do atendimento realizado às visitas junto aos familiares, no horário previsto conforme as normas do hospital. A UTI-Adulto possui 30 leitos, sendo que estes são divididos em 4 unidades: no período de 14:00 as 15:00 o horário de visitas na unidade I, o período de 15:00 as 16:00 a visita na unidade II e 16:00 as 17:00 na unidade III e IV.

Conforme as normas hospitalares e considerando o período pandêmico, foi permitido apenas a presença de um familiar para receber o boletim médico e o tempo de permanência do familiar/acompanhante se restringiu a 30 minutos, embora haviam situações com flexibilidade circunstancial. Esse tempo foi reduzido por se tratar de uma unidade de terapia intensiva e também por conta das medidas de distanciamento social que eram adotadas por conta da pandemia de COVID-19.

Alguns familiares/acompanhantes consideravam o tempo estipulado bastante curto para realizar a visita a seus familiares internados, porém foi necessário se estabelecer um diálogo para esclarecer a emergência da medida ao considerar as determinantes sanitárias da pandemia culminando na necessidade de adotar medidas de segurança tanto para o paciente, quanto para o familiar. Importante ressaltar que existia flexibilidade em relação ao horário estipulado em situações que os familiares trabalhavam e/ou tinham algum compromisso importante no horário estipulado.

No horário de visitas a intervenção inicialmente, se dá por acolhimento dos familiares dos pacientes que se encontram internados. E esse momento que se faz as orientações no que tange os direitos sociais, a partir de uma escuta

qualificada, o acolhimento em grande parte, era realizado na sala de entrevistas da unidade e quando não era possível utilizar esse espaço era realizado o acolhimento do familiar a beira do leito.

A partir dessa mediação dialógica era possível identificar possíveis encaminhamentos e articulações com a equipe de saúde aproveitando o momento do acolhimento do visitante na unidade. A articulação com outros membros das equipes interpenetrava as possíveis intervenções e fomentava uma prática dentro da perspectiva interdisciplinar; como no caso de ser necessário uma articulação com membros de outras áreas, como o exemplo do enfermeiro(a), que pode gerar possibilidade de uma visita estendida/ampliada⁶ (maior tempo de permanência do familiar no leito). Para essa situação foi necessário que o Serviço Social articulasse uma reavaliação com as equipes de Enfermagem para verificar se há riscos para esse familiar, por conta da contaminação que deriva de possíveis infecções hospitalares; nesse sentido a perspectiva interdisciplinar tornou-se fundamental para um atendimento humanizado. O trabalho do serviço social se fez presente para garantir a visita estendida considerando um dado grau de legalismo em relação a protocolos e rotinas. Portanto o assistente social buscou pela viabilização dos direitos dos usuários, efetivar sempre que necessário seu saber e seu conhecimento legal na garantia desses direitos.

(...) a perspectiva interdisciplinar contribui para o processo de humanização, evidenciando a essência do ser humano, o respeito a individualidade e às diferenças profissionais, na construção de modelo de atendimento e instituição do indivíduo como ser integral, que deverá dessa maneira receber um atendimento integral. Assim, os profissionais de saúde que atendem na perspectiva interdisciplinar, buscam atuar resgatando a atenção integral de seus pacientes, olhando para além da queixa objetiva buscando desvelar suas necessidades também subjetivas, procurando desenvolver uma prática humanizada a seus pacientes. (HORST, ORZECOWSKI, 2017, p. 200)

Durante o acolhimento do Serviço Social na unidade, houveram situações que alguns familiares demandavam a realização de visita infantil, para os casos de filhos de pacientes, netos, dentre outros, informando que estes desejavam vir ao hospital para ver o familiar internado. Assim, era realizado encaminhamento

⁶ Os casos previstos em lei, como a visita estendida de criança de adolescente.

para a equipe de Psicologia, que possui seus métodos para avaliar a necessidade e os possíveis benefícios bem como os impactos que essa visita poderia causar a criança visitante (de acordo com os protocolos hospitalares de visita infantil), aonde por vezes o paciente se encontra em estado crítico e desacordado, sem conseguir verbalizar palavras.

O HC-UFU atende diversos municípios da região, devido à complexidade e gravidade de casos que não são atendidos nas cidades vizinhas devido a pouca estrutura de serviços de alta complexidade.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) organizam-se por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária. Nas RAS o centro de comunicação é a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esta ordenadora do cuidado. (UNASUS/UFMA, 2016).

Um recurso da rede que se mostrou extremamente importante foram as Casas de Apoio que fazem parte da rede local e oferecem suporte em relação a hospedagem de acompanhantes/familiares, pois proporcionam uma maior viabilidade de permanência da família no acompanhamento da internação do familiar enfermo.

Durante a residência pôde-se por vezes, inserir familiares nestes equipamentos que são importantes para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário internado, fortalecendo o laço afetivo do familiar/acompanhante junto ao paciente. O (a) Assistente Social é o viabilizador deste recurso para o acesso no atendimento ao usuário e sua família.

De modo geral o encaminhamento para Casa de Apoio se faz pela solicitação da vaga de hospedagem e na emissão do encaminhamento pelo Serviço Social da UFU, com as informações de identificação do paciente e do familiar que necessita do suporte. Os encaminhamentos para Casa de Apoio são realizados com sucesso e não apresentam grandes dificuldades para sua realização, sendo necessário por parte do(a) assistente social os contatos prévios, feitos por telefone, para mediar e apresentar as necessidades dos familiares. Como mencionado anteriormente, as casas de apoio oferecem suporte com relação a alimentação, hospedagem e serviços de lavanderia sem nenhum custo para o familiar, contribuindo diretamente com as famílias de baixa

renda que não conseguem arcar financeiramente com estes serviços para se manterem por conta própria na cidade.

Entre os casos atendidos mais frequentes que o Serviço Social é chamado a intervir na UTI-Adulto são aqueles pacientes internados devido a acidentes de trânsito. Uma orientação pertinente durante a intervenção foi sobre a indenização do Seguro DPVAT⁷. A informação unicamente verbal, por vezes, dificulta ao familiar/acompanhante uma memorização capaz de guiá-lo nos passos para conseguir o benefício. Considerando essa dificuldade, foi criado um informativo que contém informações pertinentes sobre o benefício, como suas formas de acesso, a não obrigatoriedade de assistência jurídica particular, documentação necessária, dentre outros. Em que se pese que, esse passo a passo está em permanente mudança, devido às correções constantes na operacionalização dessas políticas. Também foi criado um informativo sobre o Auxílio-Doença ofertado pelo INSS, contendo informações sobre os critérios de acesso; e sobre o CadÚnico para os casos em que o familiar e/ou usuário necessitam deste cadastramento. Os informativos contaram com a colaboração do(a)s residentes do Serviço Social do programa APEC e preceptor.

Esses folhetos informativos proporcionaram uma maior qualidade no acolhimento realizado na unidade, era possível ter respostas e facilitar o acesso a alguns direitos sociais que eram pertinentes para a situação que determinada família/paciente se encontrava. A informação organizada e o passo a passo para o acesso ao benefício facilitam a cidadania para a família e o paciente. O trabalho integrado entre a preceptoria e o residente, nesse caso, teve um significativo resultado, o que torna a formação em trabalho uma possibilidade de compartilhar e construir conhecimentos aplicados a realidade dos pacientes no hospital.

Importante ratificar que o acesso às políticas de Seguridade Social é permeado por critérios que acarretam dificuldades a população usuária, devido seu caráter focalizado de acesso. Como o Benefício da Prestação Continuada – BPC regulamentado da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS de 1993. É

⁷ É o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não (Seguro DPVAT), criado pela Lei nº 6.194/1974, alterada pelas Leis nºs 8.441/1992, 11.482/2007 e 11.945/2009, com a finalidade de amparar as vítimas de acidentes de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa do acidente. Disponível em: <https://www.caixa.gov.br/servicos/dpvat/Paginas/default.aspx>.

preciso ressaltar que esse suporte “mínimo” pode constituir em um importante condicionante de bem-estar e qualidade de vida para este segmento da população de baixa renda.

Recentemente, houve uma mudança acerca do acesso ao BPC, com objetivo defendido pelo governo de ampliar o acesso da população ao benefício, no que tange a renda per capita para o acesso, bem como de critérios, como a comprovação da dependência de terceiros (familiares, cuidadores). Nesse caso, pessoas que tem dependência de outros para realizar as atividades básicas da vida diária. Ainda, a pessoa com deficiência, deve comprovar o comprometimento da renda com gastos no cuidado à saúde. A Lei Nº 14.176 de 22 de junho de 2021 (BRASIL, 2021) altera a Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993, que trata especificamente do BPC.

Anteriormente, tinha direito ao benefício de renda a pessoa com deficiência ou a pessoa idosa com renda familiar per capita igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, esse valor poderia ser ultrapassado e não afetaria a concessão do BPC caso fosse comprovado os gastos no cuidado a saúde. Com a nova lei de 2021, o Conselho Federal de Serviço Social emitiu uma nota, questionando se a nova lei do BPC realmente amplia o benefício. Na nota em questão a entidade faz uma crítica ao projeto piloto da teleavaliação que a nova lei trata.

À primeira vista, a teleavaliação aparece como uma solução para agilizar a longa fila de solicitações de benefícios que aguardam avaliação do Instituto (...) “A teleavaliação não vai diminuir a fila de solicitações represadas, não garante o sigilo e a privacidade no atendimento, compromete a qualidade da avaliação social, podendo resultar na negação de um direito (...) a teleavaliação é só parte de um problema maior, que começa com o MEU INSS Digital, sistema de agendamento e consultas on-line do Instituto. O público que mais necessita do BPC, que são pessoas idosas e com deficiência em situação de extrema pobreza, são as que menos têm acesso e sabem usar as tecnologias de comunicação (celulares e computadores) avalia a conselheira do CFESS e assistente social do Instituto. (CFESS, 2021).

Esse tipo de modalidade de atendimento fragiliza o acesso de parcela da população, tendo em vista que pessoas em situação de risco social necessitam do benefício, mas, podem ter dificuldades para acessar as tecnologias da comunicação (computadores, celulares), por não possuir esses aparelhos, considerando seus custos.

É muito importante o profissional manter-se atualizado e buscar o conhecimento acerca destas mudanças que ocorrem nas leis que regulamentam e asseguram direitos da população, o que pode contribuir positivamente na intervenção do (a) Assistente Social na ótica de viabilizar o acesso da população a esses direitos.

A possibilidade de respostas profissionais que podem ser realizadas mediante as orientações do(a) Assistente Social são de bastante importância na vertente da garantia de direitos e para o enfrentamento da Questão Social. A Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993) em seu artigo 4º - item V (BRASIL, 1993), diz que: orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos, constitui uma competência profissional e contribui diretamente para efetivação de um cuidado integral na saúde, viabilizado pela intersectorialidade e integração das políticas públicas que otimizam um atendimento qualificado.

O trabalho do Serviço Social na UTI-Adulto se mostra de grande importância em todas as questões apresentadas, sendo o(a) Assistente Social o profissional que busca garantir o acesso do usuário a seus direitos sociais.

É importante ressaltar que o trabalho não se desenvolve livre de tensionamentos, sendo que, por vezes era necessário reafirmar a equipe (em específico equipe médica e de enfermagem) o que era e não era atribuição do Serviço Social, desde questões meramente administrativas e outras que não condizem com o trabalho do(a) Assistente Social. De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde:

A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos, a saber:

- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; (CFESS, p. 46, 2010)

Algumas dessas atribuições que possuem um caráter meramente técnico-administrativo (como a convocação do responsável para informar sobre alta e óbito, emissão de declaração de comparecimento) e não condizem com uma atuação crítica do Serviço Social, que compreende sua dimensão investigativa na perspectiva da garantia de direitos.

No cumprimento das atribuições e competências socioprofissionais, há que se realizar permanentemente a pesquisa das condições e relações sob as quais o exercício profissional se realiza, dos objetos de intervenção, das condições e relações de vida, trabalho e resistência dos sujeitos sociais que recebem os serviços (...) Aqui se reconhece e se enfatiza a natureza investigativa das competências profissionais. Mais do que uma postura, o caráter investigativo é constitutivo de grande parte das competências/atribuições profissionais. (GUERRA, p. 3, 2009).

Era necessário (e ainda é) reafirmar o que era e não era atribuição do Serviço Social na unidade, a dimensão investigativa conforme a autora Guerra (2009), proporciona uma possibilidade de enfrentamento diante dessas questões, rompendo com a prática meramente tecnicista, burocrática e propiciando maior efetividade no trabalho profissional, dentro de uma perspectiva crítica que possibilite a busca pela garantia de direitos dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do residente, Assistente Social, pôde contribuir na formação em trabalho, na reflexão e na importância de alguns aspectos que transcorrem na atuação interdisciplinar do Serviço Social no âmbito hospitalar. O(A) Assistente Social busca viabilizar e garantir o acesso da população aos direitos sociais através do seu instrumental técnico-operativo (entrevista social, acolhimento, dentre outros) momento em que é exercitado a dimensão investigativa da atuação profissional e a possibilidade uma maior aproximação com a realidade do usuário.

Quando realizamos entrevistas, estamos exercitando a dimensão investigativa da profissão, por meio de informações extraídas diretamente da realidade, mas a sua preparação, em grande medida, dependeu de conhecimentos indiretos sobre vários temas que nos habilitaram a realizá-la. Na realização de estudo social, laudos, pareceres, buscamos informações nos documentos da instituição, na

vizinhança e/ou no trabalho sobre algum sujeito social. Estes são momentos nos quais estamos exercitando nossa dimensão investigativa. (GUERRA, p. 14, 2009).

Essa aproximação com a realidade do(a) usuário possibilita que o(a) Assistente Social dê respostas as questões apresentadas por este, momento em que é possível fomentar a busca pela ampliação de cidadania do usuário e seu acesso as políticas públicas.

Ressalta-se que há uma maior qualidade na formação em serviço quando o trabalho se desenvolve de modo interdisciplinar, envolvendo professores, preceptor e os residentes das áreas envolvidas. Essa vivência proporcionou um “outro olhar” para determinadas situações pouco percebidas, a fim de qualificar o potencial das habilidades profissionais dos residentes, propiciando um melhor atendimento à população usuária e contribuindo com um serviço público de qualidade.

Durante o período da residência ocorreu o pico da pandemia de COVID-19 (2020) que afetou diretamente os processos de trabalho do hospital, sendo que o Serviço Social se organizou em atendimentos por demanda espontânea (por procura dos usuários e encaminhamentos de outros profissionais)

Nesse momento houveram afastamentos de profissionais que faziam parte do grupo de risco da pandemia (possuíam comorbidades, pessoas idosas). Esse fato agravou mais ainda a pressão de trabalho interna, foram adotadas medidas de distanciamento social que afetou diretamente a questão do acompanhante/visitante no hospital e o cronograma de trabalho da residência foi alterado por esta razão.

Foi necessário modificar os cronogramas dos campos de vivência e foram suspensas as atividades durante os semestres da crise. Ressalta-se o período da residência compreendido pelos conteúdos da atenção básica que eram realizados no município de Capinópolis e Monte Carmelo.

Importante ressaltar que a atenção básica que deveria se dar na cidade de Uberlândia é prestada por instituições privadas e não recebe os residentes multiprofissionais do HC, obrigando que essa articulação se dê com outros municípios vizinhos, como é o caso de Monte Carmelo e Capinópolis. Esse

processo gera mais custos para a Universidade e um maior desgaste físico para as equipes de residentes.

O Programa de Residência Multiprofissional efetiva uma formação muito rica na área de Saúde, sendo possível vivenciar diversas situações práticas e aprofundar o conhecimento sobre a importância da efetividade da rede de serviços que compõem a política de saúde, as políticas públicas que perpassam o SUS e as mais diversas dificuldades que as pessoas vivem em seu cotidiano (como o desemprego, a pobreza, ausência de vínculos familiares, dentre outros). O programa APEC proporcionou um maior contato com outras áreas do saber, tendo em vista que os grupos são constituídos por diferentes segmentos profissionais. Também é importante ratificar a enorme contribuição prática que o programa proporciona na formação, sendo uma densa, intensa e rica experiência profissional.

REFERÊNCIAS

- BARROCO, Maria Lucia Silva e TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. Brasília: CFESS; São Paulo: Cortez, 2012.
- BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. **Determinação ou Determinantes Sociais da Saúde: Texto e Contexto Na América Latina**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 869-897, set./dez. 2018.
- BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.
- BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS.
- BRASIL. Lei nº 8.662/1993. **Lei de Regulamentação da Profissão Assistente Social**. 10ª ed. Brasília. 2012.
- BRASIL. **Lei 14.176 de 22 de junho de 2021**. Altera a lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Norma Operacional Básica – NOB – SUAS**. Brasília, 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.338**. 3 de outubro de 2011.

CAIXA. **DPVAT: Seguro obrigatório que dá à indenização às vítimas de acidentes com veículos automotores de via terrestre**. Disponível em: <https://www.caixa.gov.br/servicos/dpvat/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 04 jan. 2022.

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Conselho Federal De Serviço Social. 10ª ed. Brasília. 1993.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília. 2010.

CFESS. **Teleavaliação: um retrocesso para a população usuária e para o Serviço Social do INSS**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1824>. Acesso em: 04 jan. 2022.

COREMU. **Projeto Pedagógico: Programa de Residência Multiprofissional ou em área profissional da saúde Atenção ao paciente em estado crítico**. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL. Uberlândia/MG. 2012.

DALMOLIN, B.B.; BACKES, D.S.; ZAMBERLAN, C.; SCHAURICH, D.; COLOMÉ, J.S; GEHLEN, M.H. **Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área de saúde**. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2011.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 701-718, 2009.

HORST, V. S. B.; ORZECOWSKI, S. T. "O desafio e potencialidade da interdisciplinaridade no atendimento á saúde." *Laplage Em Revista* 3.1 (2017): 192-201.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41ª ed. Cortez, 2014.

Martinelli, Maria Lúcia. **Serviço Social Em Hospital - Escola: Um Espaço Diferenciado De Ação Profissional**. *Serviço Social E Saúde* 1.1 (2015): 1.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde:** mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** – 3ª edição – São Paulo: Cortez, 2006.

RIBEIRO, K; AGUIAR, J; ANDRADE, L. **Determinantes Sociais da Saúde: O instituído constitucional no Sistema Único de Saúde.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Fórum Internacional de Sistemas Universais de Saúde, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de Atenção à saúde organizada em redes.** Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. São Luis, 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria de et al. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p. 242-272, 2006.

ZUCCO, L. P; SENNA, M.C.M; LIMA, A. B. R. **Serviço Social na Saúde Coletiva: Reflexões e Práticas.** Rio de Janeiro. Garamond Universitária. 2012.