

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

THIAGO COUTO DO MONTE

**A FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS INTERNADOS NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE UBERLÂNDIA: um relato de experiência**

UBERLÂNDIA - MG

2024

THIAGO COUTO DO MONTE

**A FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS INTERNADOS NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE UBERLÂNDIA: um relato de experiência**

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Área Profissional de Saúde (Unidade e Multiprofissional) da área de concentração em Atenção ao Paciente em Estado Crítico da Universidade Federal de Uberlândia. Como exigência parcial, para obtenção do título de especialista em serviço social.

Prof. Dr. Flander de Almeida Calixto.

UBERLÂNDIA - MG

2024

ATA DE DEFESA DE TCR Residência Multiprofissional FAMED UFU

Às 08h00 horas do dia 12 de dezembro de 2024, de forma presencial no endereço; Universidade Federal de Uberlândia, Campus Umuarama, Bloco 2H, sala 16, reuniu-se em sessão pública, a Banca Examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado, **"A FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE UBERLÂNDIA: um relato de experiência"**, de autoria do(a) residente THIAGO COUTO DO MONTE. A Banca examinadora foi composta pelas Assistentes Sociais convidadas Ma. Marcia Ferreira dos Santos; Ma. Vicentina Oliveira Santos Lima e o orientador Dr. Flander de Almeida Calixto. Dando início aos trabalhos, o(a) presidente concedeu a palavra ao(a) residente para exposição de seu trabalho por 25 (vinte e cinco) minutos, mais ou menos 5 (cinco) minutos. A seguir, o(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) residente por, no máximo, 15 minutos cada, tendo sido assegurado a eles igual tempo para resposta. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentares, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado, considerando o(a) residente: **APROVADO(A)**

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista conforme § 2º do Art. 3º da Resolução nº 5/2014, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

O Certificado de Conclusão de Residência será expedido após o cumprimento dos demais requisitos, conforme a legislação vigente da CNRMS que trata do assunto e das normas do PRAPS-FAMED-UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e considerada em conformidade, foi assinada pela Banca Examinadora.

Uberlândia, 12, de dezembro, de 2024.

Flander Almeida Calixto
Assistente Social
CRESS 27906-6 Reg.

Dr. Flander de Almeida Calixto
Orientador – UFU- Serviço Social Campus do Pontal

Marcia Ferreira dos Santos
Ma. Marcia Ferreira dos Santos
Assistente Social Avaliadora Convidada
CRESS 6205-6 Reg. 15496

Vicentina Oliveira Santos Lima
Assistente Social CRESS 2096/MG
Especialista em Educação
CRESS 2096/MG Saúde Ocupacional

Ma. Vicentina Oliveira Santos Lima
Assistente Social Avaliadora Convidada

RESUMO

O trabalho pretende relatar a família no acompanhamento de usuários internados no Hospital Universitário de Uberlândia – UFU, através da vivência de um assistente social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Atenção ao Paciente em Estado Crítico - APEC. A metodologia do trabalho consiste em relato de experiência, cuja premissa é sistematizar os fenômenos percebidos e vivências em campo, de modo analítico e reflexivo. Assim, o texto foi organizado em quatro tópicos, conforme as temáticas abordadas e as vivências percebidas: A família e saúde no contexto capitalista; o trabalho do assistente social residente no hospital universitário UFU; a saúde no contexto capitalista e seus desdobramentos na atividade profissional do assistente social; e a família no acompanhamento de usuários internados no hospital universitário UFU. As reflexões apresentadas pretendem contribuir para a prática do profissional assistente social no acompanhamento de famílias e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), além de reflexões críticas sobre a precarização da saúde e responsabilização da família no âmbito da proteção social.

Palavras-chave: família; saúde pública; serviço social; residência multiprofissional.

ABSTRACT

This paper aims to report on the family in the care of patients admitted to the University Hospital of Uberlândia (UFU) through the experience of a social worker in the Multiprofessional Residency Program in Health Care for Patients in Critical Condition (APEC). The methodology of the work consists of an experience report, whose premise is to systematize the phenomena perceived and experienced in the field in an analytical and reflective way. The text was organized into four topics, according to the themes addressed and the experiences perceived: The family and health in the capitalist context; the work of the resident social worker at the UFU university hospital; health in the capitalist context and its unfolding in the professional activity of the social worker and the family in the monitoring of users admitted to the UFU university hospital. The reflections presented are intended to contribute to the practice of the professional social worker in monitoring families and users of the Unified Health System (SUS), as well as critical reflections on the precariousness of health and the accountability of the family in the context of social protection.

Keywords: Family; public health; social work; multiprofessional residency.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 FAMÍLIA E SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA	10
3 A SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA E SEUS DESDOBRAMENTOS NA ATIVIDADE PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL.....	14
4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFU.....	18
5 A FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFU.....	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Em formato de relato de experiência do residente, este trabalho decorre da passagem pelo Hospital Universitário de Clínicas de Uberlândia (HC - UFU), onde atuou como assistente social na área de concentração Atenção aos Pacientes em Estado Crítico (APEC). A residência multiprofissional iniciou em março de 2023, com término previsto para fevereiro de 2025, na modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, com carga horária total de 5.760 horas divididas em 1.152 horas teóricas e 4.608 práticas em 24 meses. A carga horária semanal é de 60 horas semanais, constituída por 48 horas práticas e 12 horas teóricas, em modalidade exclusiva de ensino em serviço.

O Hospital de Clínicas de Uberlândia é um hospital geral de atenção terciária/quaternária gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), que disponibiliza serviços de diagnóstico, tratamento e apoio necessários aos usuários, que presta atendimento nas diferentes especialidades médicas de alta complexidade. O Hospital Universitário atende a região do Triângulo Mineiro e municípios da região, na qual é lembrado pelo papel que cumpre no desenvolvimento econômico e social de Minas Gerais (Universidade Federal de Uberlândia, 2012).

Durante o primeiro ano de residência (R1), o residente atuou em onze campos, divididos em clínicas cirúrgicas, enfermarias, Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Coronariana, Serviço de Atenção Domiciliar e serviços especializados de atenção secundária, terciária e quaternária. Em cada campo, o tempo de residência foi entre cinco e seis semanas, acompanhado pelos/as assistentes sociais, preceptores/as e demais profissionais de saúde.

Os campos foram respectivamente: Clínica cirúrgica I, Comissão de Cuidados Paliativos, Enfermaria de Clínica Médica, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Enfermaria de queimados, Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-Adulto), Centro de Referência Especializado em Hanseníase (CREDESH), Unidade de Acidente Vascular Cerebral (Unidade AVC do Pronto-Socorro Adulto), Clínica Cirúrgica II e Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTI-UCO).

Durante o segundo ano de residência (R2), o residente atuou em quatro campos, divididos em Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Coronariana e o Pronto-

Socorro Adulto, Pediátrico e Ginecológico. Em cada campo, o residente atuou entre doze e treze semanas, acompanhado exclusivamente por assistentes sociais preceptores do serviço social.

Os campos respectivamente: Pronto-Socorro Adulto, Pediátrico e Ginecológico, Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-Adulto) e Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTI-UCO), durante o segundo período de residência (R2), são campos de atuação direcionados para a área de programa, que no caso foi a APEC.

De acordo com Campos (2019), na área de concentração de residência Atenção ao Paciente em Estado Crítico, os residentes acompanham os usuários internados que apresentam instabilidade orgânica devido às alterações agudas de sistemas fisiológicos e que conseqüentemente ameaçam a vida. A experiência de trabalho em ensino abordada no relato como residente é prestada interdisciplinarmente por diferentes especialidades, entre elas, serviço social, nutrição, psicologia, enfermagem, fisioterapia, farmácia e odontologia. O residente optou pelo atendimento realizado prioritariamente no Pronto-Socorro, nas enfermarias e nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Uberlândia, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos.

O espaço da prática no programa de residência Atenção aos Pacientes em Estado Crítico se constitui principalmente na atenção terciária¹ e quaternária², tendo em vista que o usuário se configura principalmente pelo risco iminente de perda da vida ou disfunção de algum ou um conjunto de órgãos do corpo humano, se caracterizando pela sua condição clínica frágil decorrente de traumas, condições crônicas e patológicas que requerem cuidados clínicos e/ou cirúrgicos imediatos e/ou intensos. Disso decorre que esses pacientes vêm em sua maioria de classes sociais de baixa renda e que trazem históricos de saúde comprometidos com quadros de

¹ Segundo o caderno de atenção primária do Ministério da Saúde (2013), “prevenção terciária é a ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação” [...] (Ministério da Saúde, 2013, p. 14).

² Conforme o caderno de atenção primária do Ministério da Saúde (2013), “prevenção quaternária é a detecção de indivíduos em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis” (Ministério da Saúde, 2013, p. 15).

enfermidades endêmicas no Brasil, em função de não haver uma medicina preventiva na pauta efetiva de política pública.

O perfil do cidadão internado é caracterizado por indivíduos em grande maioria acometidos por doenças crônicas, patológicas e/ou vítimas de traumas, em sua grande maioria adultos/as e idosos/as que, em alguma medida, apresentam hábitos prejudiciais à saúde como tabagismo, consumo de álcool, obesidade e alimentação inadequada à saúde. Parte significativa dos usuários são pessoas que dependem integralmente do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo os serviços públicos de saúde da região e o Hospital de Clínicas de Uberlândia a principal referência de tratamento.

O trabalho multidisciplinar é construído levando-se em consideração o usuário internado em sua totalidade, assim como suas necessidades apresentadas durante a internação. Cada profissional da equipe multiprofissional (enfermagem, fisioterapia, nutrição, serviço social, psicologia, odontologia e farmácia) contribui de acordo com sua área de formação, estruturando um atendimento interdisciplinar, almejando qualidade de permanência durante a internação, para que o usuário possa ser inserido novamente no convívio social.

As equipes assistenciais mais presentes nos atendimentos à beira do leito são compostas pela enfermagem, fisioterapia e nutrição. A enfermagem faz a assistência direta e mais presente durante a internação, o contato com o usuário internado é mais prolongado, tendo em vista que os profissionais atuam com o tratamento da patologia/doença e o cuidado com o ser humano. Fisioterapia atua com a reabilitação e prevenção de agravos motores e respiratórios. Nutrição é responsável por orientar a melhor dieta e demais orientações nutricionais levando em consideração a patologia/doença.

Já as equipes assistenciais da farmácia ficam geralmente alocadas nas farmácias do hospital, despachando medicamentos e prestando assessoria para a equipe médica e de enfermagem no que tange às medicações e ao usuário internado. Além disso, a farmácia contribui com a segura prescrição de medicamentos conforme a patologia/doença, assim como no controle de reações adversas de medicamentos. A odontologia, geralmente, é acionada por meio de parecer que são solicitados pela equipe médica. A equipe de odontologia atua à beira leito nas urgências/emergências do trato bucal do usuário internado.

A equipe psicossocial é composta pela psicologia e pelo serviço social. A psicologia traz a atenção e o conforto psíquico possível ao usuário internado e familiares durante a internação, levando em consideração sua história de vida. O serviço social atua com as demandas decorrentes da questão social envolvendo o usuário internado e a família, suas necessidades de acesso às políticas sociais, integração com a rede de apoio, levando em consideração sua condição pessoal, social, econômica e cultural, bem como as condições adequadas para a alta social.

Portanto, os objetivos deste relato de experiência serão apresentar a instrumentalidade básica do assistente social em face da situação demandada pelos acompanhantes e familiares de usuários internados, refletir sobre as situações envolvendo cuidadores e familiares de usuários internados e evidenciar de maneira crítica a dinâmica do cuidado e da família durante a internação dos usuários, principalmente no Pronto-Socorro do Hospital Universitário.

O relato de experiência, metodologicamente, tem como premissa sistematizar os fenômenos percebidos e vivenciados em campo, de modo analítico, confrontando a assistência que os atendimentos demandam do assistente social e a operacionalização desse processo. De acordo com Mussi, Flores e Almeida (2021), o relato de experiência é um tipo de conhecimento que trata de uma vivência acadêmica/profissional, cuja característica é a descrição da intervenção, tendo que conter embasamento científico e reflexão crítica. O relato de experiência em contexto acadêmico, além da descrição da experiência vivida, é construído por meio do esforço acadêmico, científico, explicativo e da aplicação crítica e reflexiva com apoio teórico metodológico.

2 FAMÍLIA E SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA

De acordo com Nogueira e Monteiro (2013), embora existam políticas, legislações e programas ampliando o debate dos direitos sociais que enfatizam o dever da família, do Estado e da sociedade na reprodução e proteção social dos indivíduos, observa-se o abusivo deslocamento de tal função para a esfera familiar, transferindo as responsabilidades, quase que unicamente, para as famílias. Nesse cenário, ressurgem discursos ideologizantes e práticas de revalorização da família, que promovem e disseminam o ideal de que a família é a grande responsável por prover as necessidades dos indivíduos. Percebe-se, de modo subliminar, que a massiva responsabilização da família é uma entrada sutil para a pauta da privatização, deslocando do Estado suas clássicas responsabilidades constitucionais com a justificativa de “redução de custos”.

A família é um espaço fundamental da vida social, a vivência familiar é uma realidade intrínseca às diversas sociedades, tempos históricos e culturais que pressupõem o desenvolvimento de suas estruturas sociais e econômicas. O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social e consequentemente interfere na manutenção da subsistência familiar, interferindo diretamente em suas vivências e em suas relações sociais (Nogueira; Monteiro, 2013).

A vivência familiar pode ser universal, mas não é uniforme. A experiência familiar, além de ser influenciada pela história e cultura, recebe as diferenças e desigualdades sociais. A origem da família é associada ao sistema de produção social. Assim, no capitalismo, esse cotidiano é moldado pelas interações entre capital e trabalho, imerso nas contradições e desigualdades entre as classes sociais (Nogueira; Monteiro, 2013).

Assim, deve-se considerar a família na totalidade do universo social e, consequentemente, suas contradições, resultantes das desigualdades sociais no sistema capitalista de produção, em que as manifestações da questão social são evidentes. Essa situação se manifesta na sociedade brasileira, quando as relações capitalistas de produção ditam o modo de produção e reprodução da vida. Portanto, a centralidade familiar se estabelece numa sociabilidade baseada na fragilidade da vida social, uma vez que inúmeros brasileiros não se adaptaram aos padrões de consumo vigentes (Nogueira; Monteiro, 2013).

De acordo com Carvalho e Almeida (2003), o papel da família se transforma em um mecanismo de proteção social na denominada era da responsabilização, considerando as novas formas de organização da família e as novas transformações econômicas e sociais ocorridas no cenário brasileiro de política neoliberal.

A família é apontada como elemento central não apenas para a sobrevivência dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização do capital econômico, cultural, bem como as relações de gênero e solidariedade. Nesse sentido, opera como espaço de produção e transmissão de pautas e práticas culturais, assim como a organização responsável pela existência e necessidades básicas de seus integrantes (Carvalho; Almeida, 2003).

De acordo com Carvalho e Almeida (2003):

Ainda que determinados fenômenos venham suscitando alguns questionamentos sobre a centralidade e o futuro da família nas sociedades contemporâneas, suas responsabilidades e suas funções sociais não parecem ter perdido a relevância, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos que não chegaram a estabelecer um Estado de Bem-Estar e um sistema de políticas sociais mais consistentes, como é o caso do Brasil. Essas funções e responsabilidades seriam particularmente demandadas nas situações de adversidade (Carvalho; Almeida, 2003, p. 109).

Atualmente, percebem-se mudanças nas estruturas familiares ³ na direção de uma maior diversidade, a qual não é um processo absolutamente recente. A família nuclear de casais com filhos já não representa a maioria dos domicílios brasileiros, as demais configurações representam a maioria, como famílias monoparentais femininas e masculinas, casais sem filhos, casais com filhos, famílias unipessoais e famílias estendidas. Dentre as novas configurações, a família monoparental chefiada por mulheres é a maioria (Nogueira; Monteiro, 2013).

Em sociedades que não dispõem de sistemas políticos sociais efetivos e abrangentes, as condições de subsistência das famílias são determinadas pelo nível de rendimento da rede de apoio familiar, principalmente pela renda obtida pelo responsável. Com as mudanças no mundo do trabalho, no modo de produção capitalista e nas estruturas familiares, os indivíduos sofrem com os fortes impactos

³ De acordo com Souza, Beleza e Andrade (2012), família nuclear é constituída pelo pai, mãe e filhos, família extensa ou estendida inclui três ou mais gerações de indivíduos, família monoparental quando é chefiada por um dos genitores (pai ou mãe), família reconstituída quando é proveniente da separação conjugal, família eudemonista são indivíduos que vivem juntos sem laços sanguíneos, e família anaparental ou paralela que são frutos de relações extraconjugais.

sobre a organização e as condições de subsistência das famílias brasileiras, afetando a capacidade de atender às necessidades básicas de seus membros e propiciar efetiva participação social (Carvalho; Almeida, 2003).

De acordo com Miotto (2003), a discussão no âmbito das políticas sociais tem-se encaminhado a partir de duas perspectivas: uma que defende a centralidade da família, apostando na sua capacidade de cuidado e proteção, sendo a família o centro do cuidado e proteção, e a outra que entende a capacidade de cuidado e proteção da família relacionada ao cuidado e à proteção que lhe são garantidas mediante políticas sociais, especialmente de políticas públicas. Portanto, segundo a autora, conforme a segunda perspectiva, a família “deve ser reconhecida como instância a ser cuidada e protegida, enfatizando a responsabilidade pública” e do Estado (Miotto, 2003, p. 03).

A primeira linha de compreensão da centralidade da família está fundada na premissa familista, existindo dois canais “naturais” para a necessidade dos cidadãos: o mercado e a família. Segundo Miotto (2003, p. 3), “Somente quando falham esses canais é que o Estado intervém.” Essa concepção é baseada na ideologia de que as famílias devem ser capazes de proteger e cuidar de seus membros, independente das condições objetivas e subjetivas do núcleo familiar.

Tal concepção permitiu estabelecer uma distinção básica para os processos de assistência às famílias: “famílias capazes e famílias incapazes”. As famílias capazes são as que, via mercado, trabalho e organização interna, conseguem desempenhar as funções que lhe são atribuídas, enquanto as incapazes são as que não atendem às expectativas sociais relacionadas aos desempenhos de suas funções, e requerem o auxílio do Estado e políticas públicas e sociais (Miotto, 2003).

Nessa perspectiva, ganha força a ideologia de que a família é sujeito econômico de mercado, e que as ações públicas devem acontecer somente quando existe a incapacidade das famílias em gerir e otimizar seus recursos, além de cumprir com suas obrigações familiares. Nessa direção, também está presente o estereótipo da família nuclear (mãe, pai e filhos), no qual mais uma vez a família é responsável pelo bem-estar de seus membros, independente das condições objetivas para sua realização. Portanto, como afirma Miotto (2003), “a família passou a incorporar riscos e a reassumir custos/obrigações que já haviam sido incorporados pelo Estado” (Miotto, 2003, p. 4).

Este cenário se estende à política de saúde pública, em que as famílias são frequentemente responsabilizadas por “negligenciar” a proteção de seus membros, especialmente idosos, pessoas com deficiência e doenças crônicas. Além disso, outros segmentos considerados vulneráveis pela necessidade de cuidados e pouca independência, em que a responsabilidade de “cuidar” é centralizada apenas na família, desonerando a assistência do Estado e de políticas sociais.

Portanto, para os profissionais da saúde, torna-se importante perceber a crítica à centralidade da família e a relação com o Estado na saúde, levando em consideração o limite da família para cumprir com suas funções, tendo em vista a insuficiência de ações, por parte das políticas sociais, destinadas ao grupo familiar, e a ausência do Estado diante das demandas da população.

3 A SAÚDE NO CONTEXTO CAPITALISTA E SEUS DESDOBRAMENTOS NA ATIVIDADE PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

De acordo com Bravo (2006), o projeto de saúde articulado ao mercado e a reatualização do modelo privatista estão pautadas na política de ajuste que tem como principal tendência a contenção de gastos e a descentralização da responsabilidade do poder estatal. A tarefa do Estado, nesse modelo, consiste em garantir um mínimo social aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento de quem possui acesso ao mercado e renda. As principais características do projeto de saúde pública articulado ao mercado são: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, aplicação do estímulo à saúde/seguro privado, descentralização dos serviços de saúde e a desvinculação do financiamento público da saúde (Bravo, 2006).

A universalidade do direito à saúde, princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Sanitária, é um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltado ao mercado. Esse projeto tem como principal objetivo: “[...] concepções individualistas e fragmentadas da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.” (Bravo, 2006, p. 15).

Nesse contexto, de acordo com Bravo (2006), ressalta-se “[...] a focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento, e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social [...]”. Outro aspecto relacionado à precarização e terceirização dos recursos humanos é a falta de concurso público, assim como a insuficiência de profissionais disponíveis e atuantes. De acordo com a autora, “A questão do desfinanciamento está diretamente articulada ao gasto social do governo e é determinante para a manutenção da política focalizada, da sua precarização e conseqüentemente da terceirização e da falta de recursos humanos.” (Bravo, 2006, p. 19).

Portanto, de acordo com Bravo (2006):

O financiamento do SUS tem vivido, nesses anos, alguns problemas, tais como: proposta de desvinculação do CPMF da receita do setor saúde; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir superávit primário das contas públicas [...] (Bravo, 2006, p. 19).

Conforme o Artigo 3º do Estatuto da Pessoa Idosa:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003).

Conforme o Artigo 8º do Estatuto da Pessoa com Deficiência:

É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico (Brasil, 2015).

É importante enfatizar que, conforme a Constituição Federal de 1988 e as leis em vigor, a obrigação de garantir o direito à saúde e, consequentemente, a responsabilidade de um indivíduo internado em uma rede pública de saúde é dividida entre a família, o Estado e a comunidade. No entanto, o que se nota é a responsabilização familiar em relação às novas configurações que o Estado e a rede pública de saúde vêm adotando, influenciados pela ideologia do estado mínimo, pela política de ajuste fiscal, além da transferência da responsabilidade social para a sociedade civil e para o ambiente familiar (Bravo, 2006).

O conceito de família foi sendo construído ao longo dos séculos e laços sociais foram sendo socialmente reconhecidos e criaram funções sociais, tais como a responsabilidade de apoiar e proteger os seus membros. Conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que caracteriza a função básica da família em “Prover a proteção e a socialização de seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado” (Brasil, 2004).

Segundo a Política Nacional de Assistência:

O grupo familiar pode ou não se mostrar capaz de desempenhar suas funções básicas. O importante é notar que esta capacidade resulta não de uma forma ideal e sim de sua relação com a sociedade, sua organização interna, seu universo de valores, entre outros fatores, enfim, do estatuto mesmo da família como grupo cidadão. Em consequência, qualquer forma de atenção e/ou, de intervenção no grupo familiar precisa levar em conta sua singularidade, sua vulnerabilidade no contexto social, além de seus recursos simbólicos e

afetivos, bem como sua disponibilidade para se transformar e dar conta de suas atribuições (Brasil, 2004).

A família é o núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia e sustentabilidade social. É preciso superar o conceito de família como unidade econômica, vinculada por laços consanguíneos, que circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas. A família deve ser apoiada e ter acesso às condições para conseguir responder ao seu papel no sustento e guarda. O fortalecimento da possibilidade de convívio, educação e proteção social na própria família não restringe as responsabilidades públicas de proteção social com os indivíduos (Brasil, 2004).

Há uma distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social de um sistema público de saúde que garanta aos usuários atenção integral à sua saúde. Os valores formulados conforme a Reforma Sanitária e a Constituição Federal de 1988 estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem o projeto voltado para o mercado e sua segmentação do sistema. Sendo assim, enquanto profissional, é importante perceber o trabalho não remunerado, exaustivo e desassistido que muitos acompanhantes fazem durante a internação dos usuários do Hospital de Clínicas.

Enquanto assistente social, é essencial refletir para além do processo saúde-doença dos usuários, é preciso entender a totalidade da dinâmica familiar dos indivíduos, e estabelecer mecanismos que ajudem a desvendar tal problemática, levando em consideração não somente as demandas do usuário internado, mas também tornar a passagem mais digna do acompanhante e das famílias pelo Hospital de Clínicas.

De acordo com Senna *et al.*, (2012), apesar dos avanços, o SUS se depara com graves problemas, a questão de o financiamento continuar submetido às restrições impostas pela área econômica e a estrutura de gastos e suas limitações à seguridade social. Os investimentos na política de saúde:

[...] a precarização das relações de trabalho em saúde, com destaque para as formas de contratação dos profissionais, dificuldades de fixação nas unidades públicas de saúde em todos os níveis de fragilidade na conformação de uma política de recursos humanos em saúde de abrangência nacional. (Senna *et al.*, 2012, p. 105).

Além disso, a estrutura de serviços de saúde carece de integração sistêmica, em que indefinições, fragmentação de ações, baixa resolutividade e a qualidade das ações permeiam implicações negativas para o alcance da integralidade das ações em

saúde. Esses desafios incidem no trabalho dos profissionais de saúde e consequentemente no trabalho do assistente social. Portanto, é necessário favorecer a construção de uma prática profissional pautada na defesa dos direitos de cidadania e no debate da responsabilidade pública na atenção à saúde, frente ao cenário de desmonte de políticas públicas de saúde e responsabilização da família (Senna *et al.*, 2012).

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010):

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 23).

O projeto privatista vem requisitando do assistente social ações fiscalizatórias aos usuários e suas famílias, assim como o predomínio de práticas individuais centradas no seio familiar. Na saúde, em que esse embate claramente se expressa, a profissão passa pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas efetivas e emancipatórias (Conselho Federal de Serviço Social, 2010).

Cabe ao serviço social formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atento ao trabalho do assistente social que deve ter como norte o projeto da reforma sanitária. As dimensões subjetivas e objetivas na saúde devem ser analisadas à luz das condições de vida e trabalho, ou seja, a partir dos determinantes sociais do processo saúde-doença (Conselho Federal de Serviço Social, 2010).

A atuação do assistente social frente a esse procedimento é a de orientação, esclarecimento e reflexão junto ao usuário e à equipe de saúde com relação às condições objetivas e subjetivas que interferem no processo saúde-doença do usuário internado. Portanto, o profissional de serviço social pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação aos determinantes sociais, visto que o respeito pelo usuário é um princípio que deve fundamentar tanto a sua formação, como o seu trabalho profissional (Conselho Federal de Serviço Social, 2010).

4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFU

Em relação à atuação profissional do assistente social residente inserido no Hospital Universitário, atuante no Programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC), o profissional atua em dois principais eixos: o primeiro envolve os atendimentos de rotina diária, que consistem nos acolhimentos realizados à beira do leito, juntamente com o usuário e o acompanhante. Nesses atendimentos, o profissional, por meio da escuta qualificada, percebe as demandas do usuário durante a internação, para então intervir de acordo com suas competências e habilidades. Esse tipo de atendimento é realizado principalmente em enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva.

O segundo eixo refere-se aos atendimentos por demanda espontânea, que acontecem preferencialmente no Pronto-Socorro Adulto, Pediátrico e Ginecológico, onde o assistente social é requisitado pelo usuário e/ou acompanhante, e/ou pela equipe de profissionais de saúde quando percebem a necessidade ao serviço social. A modalidade de atendimentos espontâneos no Pronto-Socorro foi estabelecida devido à quantidade de usuários internados e à sobrecarga de trabalho dos profissionais de referência do serviço social, o que torna improvável realizar atendimentos de rotina junto a todos os usuários do Pronto-Socorro. Contudo, em situações excepcionais, pode ser necessário esse tipo de intervenção. A média diária de usuários internados no Pronto-Socorro é de aproximadamente 130.

Nos atendimentos por demanda espontânea, o assistente social atua de forma a resolver as questões de imediato, devido à natureza urgente dos atendimentos, sendo ágil e pronto para atender o usuário internado e/ou o acompanhante. Diante da urgência do problema, o serviço social deve buscar apoio na rede para entender a trajetória anterior do usuário, bem como estabelecer uma rede de suporte, caso a família não esteja presente.

O Pronto-Socorro funciona 24 horas, sendo necessários dois assistentes sociais no turno da manhã (7h às 13h) e à tarde (13h às 19h). Já no período noturno, em plantão de 12 horas (19h às 7h do dia seguinte), um assistente social plantonista presta suporte para todo o hospital durante a semana. Durante finais de semana e feriados, são realizadas escalas com dois assistentes sociais. As escalas incluem

todos os profissionais do serviço social vinculados ao hospital, em regime de contratação pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Durante os plantões nos finais de semana e feriados, dois profissionais ficam no Pronto-Socorro atendendo todas as demandas do hospital pertinentes ao serviço social.

Nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Coronariana, os atendimentos com os familiares ocorrem no período da tarde, pois o horário de visitas nas UTIs é das 15h às 16h. Assim, um assistente social fica alocado na UTI Adulto e outro na UTI Coronariana durante o período da tarde (13h às 19h) de segunda a sexta-feira. Em casos de emergência/urgência pela manhã, envolvendo familiares e usuários internados, um profissional irá prestar suporte até que o assistente social de referência do período da tarde possa atender à família.

Nas enfermarias, os profissionais são responsáveis por um ou dois campos específicos (Clínica de Cirúrgica I, Clínica de Cirúrgica II e Clínica Médica), com atendimento durante a manhã (7h às 13h) de segunda a sexta-feira. No período da tarde, um assistente social é escalado para prestar suporte às enfermarias, atendendo urgências e emergências relacionadas às enfermarias, visto que o profissional responsável atua pela manhã.

Considerando a diretriz de gestão quanto ao regime de contratação, o serviço social do Hospital Universitário conta com dois principais regimes de contratação: a) profissionais vinculados exclusivamente à Universidade Federal de Uberlândia, e b) profissionais contratados pela EBSEH. Apenas os profissionais vinculados à UFU podem atuar nos plantões, enquanto os profissionais da EBSEH atuam apenas de segunda a sexta-feira.

Quanto ao trabalho em equipe de saúde, o assistente social atua juntamente com a equipe multiprofissional do setor, nas demandas dos usuários internados e da família, com atenção à imediatividade das situações de emergência/emergência, e atento a qualquer violação de direitos do usuário internado, considerando a gravidade de sua situação de saúde. Sendo assim, as principais demandas do assistente social no Hospital Universitário de Uberlândia, enquanto residente na Atenção ao Paciente em Estado Crítico, incluem:

I. Orientações: Orientações sobre o acesso a benefícios previdenciários, como aposentadoria e auxílios diversos devido à doença/incapacidade, mediante prévia contribuição do usuário internado; orientações sobre benefícios assistenciais, como

benefícios eventuais e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), para usuários e/ou famílias que não podem prover sua própria subsistência; orientações sobre a rede de serviços de saúde e interesse da família ou do usuário internado (referência e contra-referência); orientações sobre a rotina hospitalar do Pronto-Socorro, enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva.

II. Encaminhamentos/Notificações à rede: Encaminhamento para casas de apoio, quando o cuidador ou familiar reside em outro município ou estado; produção de relatórios para encaminhamentos/notificações à rede, incluindo relatórios em situações de negligência ou violência, em casos de abuso contra crianças, adolescentes, pessoas com deficiência, idosos e pessoas em situação de rua.

III. Sensibilização de cuidados: Sensibilização da família e cuidadores para os cuidados do usuário internado, acionando a família quando necessário, e sensibilizando a família e a equipe multiprofissional sobre os cuidados, especialmente em casos de ausência parental.

IV. Atendimento multiprofissional: Atendimento ao usuário internado e à família em equipe multiprofissional (assistente social, psicologia, medicina e enfermagem) em situações de óbito, violência e abuso, em parceria com o Conselho Tutelar e outras instâncias de proteção social, bem como em reuniões familiares com a equipe multiprofissional, sempre que a presença do assistente social for necessária.

V. Pessoas em situação de rua: Quando o usuário internado é uma pessoa em situação de rua, sem familiares ou com vínculos fragilizados, o assistente social deve traçar estratégias para garantir os direitos sociais mínimos, promovendo a alta segura e/ou o resgate do suporte familiar, quando possível, ou da rede de serviços. O assistente social também encaminha pessoas em situação de rua para centros especializados em população de rua e migrantes, que oferecem serviços de triagem, orientações e encaminhamentos necessários.

VI. Flexibilização do horário de visitas: Orientação sobre a flexibilização do horário de visitas nas situações justificáveis, para garantir à família e aos acompanhantes a atenção humanitária.

VII. Transporte na alta: Solicitação de transporte para usuários internados de outros municípios que não possuam condições de se deslocar de volta ao seu município de origem.

VIII. Localização de familiares: Localização de familiares ou cuidadores de usuários internados que não tenham sido confirmados ou identificados, além de garantir a correta identificação junto aos familiares ou cuidadores.

Portanto, o assistente social tem o papel de mediar os determinantes sociais da saúde, abordando as questões com os usuários e seus familiares. É necessário esclarecer, junto ao usuário, familiares e equipe de saúde, as condições objetivas e subjetivas que interferem no processo saúde-doença.

A conduta profissional deve ir além da simples atividade burocrática. A instrumentalidade no exercício profissional não se refere apenas ao conjunto de ferramentas e técnicas, mas à capacidade específica da profissão, que foi reformada e reestruturada ao longo do processo sócio-histórico. A instrumentalidade deve ser vista como a qualidade da atuação profissional e o compromisso com a comunidade usuária.

5 A FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFU

Retomar a Constituição Federal de 1988, a Constituição Cidadã, se torna imprescindível no que se refere a saúde, que é um direito de todos e dever do estado (Artigos 196 a 200). Conforme o Artigo 196º da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

De acordo com Senna *et al.* (2012), o reconhecimento do texto constitucional de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, promove a noção de que é um bem público a ser garantido pelo Estado, um direito social de cidadania. No movimento da reforma sanitária iniciada na década 1970, emergiu o conceito ampliado de saúde, no qual se reconhecem os determinantes e condicionantes de saúde além do enfrentamento ao modelo biológico e hospitalocêntrico, levando em consideração o usuário/indivíduo inserido no meio social (Senna *et al.*, 2012).

Com a reforma sanitária, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira, contando com um amplo debate que permeou a sociedade civil, os profissionais de saúde e o setor público. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, vinculada à democracia brasileira (Bravo, 2006).

Considerando o plano internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Sendo um direito humano e social, inerente à condição de sujeito, que deve ser assegurado a todo cidadão, sem distinção de raça, cor, religião, etnia, condição econômica e condição social, a saúde é apresentada como um bem coletivo para todos (Marques *et al.*, 2016).

O reconhecimento de condições sociais como determinantes e condicionantes de saúde está vinculado à ideia de que as condições estruturais em que vive a população usuária determinam a situação de saúde do usuário/indivíduo. É uma referência fundamental para a compreensão e o enfrentamento do processo de saúde e adoecimento como fenômeno social, contribuindo para o reconhecimento de fatores e condições sociais como elementares na construção das ações de saúde.

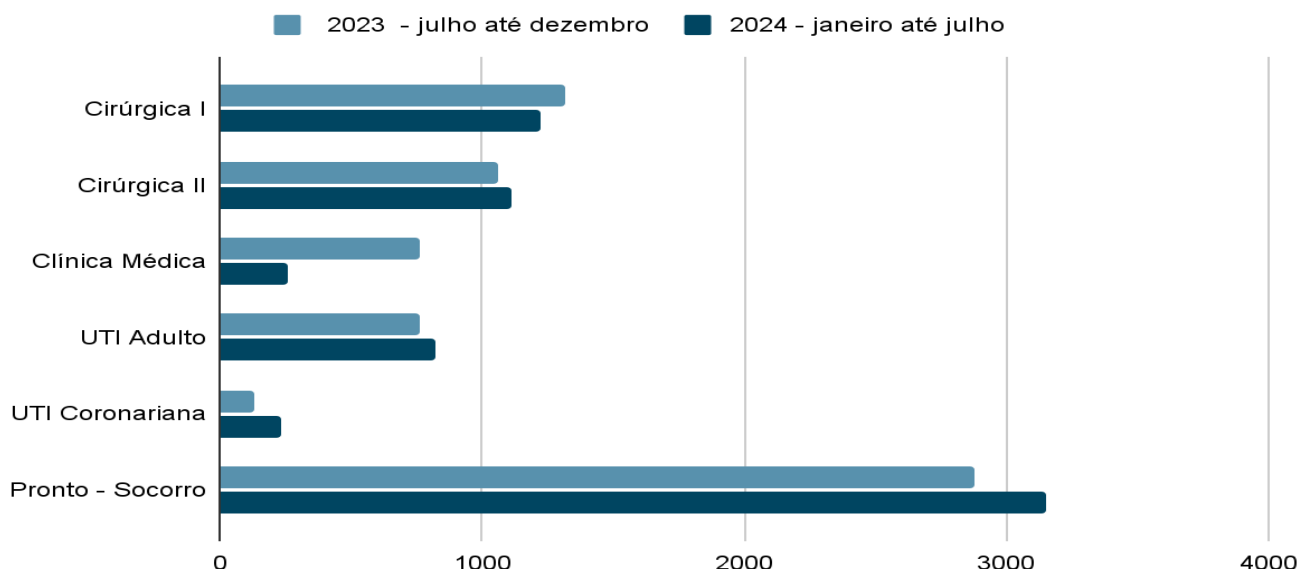
Conforme o Artigo 3º da Lei nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, afirma-se que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros: “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.” (Brasil, 1990).

Durante a residência, o residente percebeu que os determinantes e condicionantes sociais determinam a situação do usuário/indivíduo durante a internação, assim como a presença de seus familiares/cuidadores. Levar em consideração a importância dos determinantes e condicionantes possibilita o enfrentamento do processo de saúde-doença de forma mais digna, já a ausência de um ou mais determinantes e condicionantes pode influenciar e determinar a situação do usuário/indivíduo e de seus familiares/cuidadores durante a internação, podendo tornar a internação mais prolongada, além de requerer mais atenção por parte da equipe assistencial.

Além da atuação do Estado e do poder público, é preciso reconhecer a família como parte fundamental nos determinantes e condições de saúde. A presença da família protegida e amparada por políticas públicas sociais e vínculos familiares preservados durante a internação de usuários hospitalizados são essenciais para a reabilitação e manutenção da saúde e enfrentamento do processo de adoecimento dos indivíduos.

Conforme dados disponibilizados pela responsável técnica administrativa do serviço social, percebe-se como é volumoso a quantidade de atendimentos individuais realizados pela equipe de serviço social no período de julho de 2023 até julho de 2024. Os dados apresentados são referentes aos principais campos de atuação da APEC (enfermarias, Unidades de Terapia Intensiva e Pronto-Socorro).

Os dados são registrados pelo setor administrativo do serviço social, o levantamento é realizado anualmente e são disponibilizados mensalmente. Não foram utilizados dados pessoais e/ou dados protegidos dos usuários internados. Para quantificar os atendimentos individuais, são considerados os atendimentos de rotina e os atendimentos por demanda espontânea aos usuários internados e seus cuidadores/familiares.

Tabela 1 - atendimentos individuais realizados pelo serviço social.

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados de atendimentos individuais realizados pela equipe do serviço social no recorte feito de 07/2023 até 01/2024 (6 meses).

A Clínica Cirúrgica I possui 46 leitos, a Clínica Cirúrgica II possui 34 leitos e a Clínica Médica possui 52 leitos. A Unidade de Terapia Intensiva Adulto possui 30 leitos, a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana possui 8 leitos. O Pronto-Socorro possui uma média diária de 130/140 usuários internados por dia, sendo essa média variável. No Pronto-Socorro, o hospital disponibiliza: Sala de Emergência - 10 leitos, Sala Vermelha - 8 leitos, Unidade AVC - 5 leitos, PS Cardiológico - 12 leitos, PS Clínico/Cirúrgico/Traumatologia - 33 leitos, PS Pediátrico - 11 leitos, PS Ginecológico e Obstétrico - 12 leitos. Além disso, são disponibilizados os leitos de observação que não é possível mensurar tendo em vista sua variabilidade.

Observou-se que as enfermarias de Clínica Cirúrgica I, Clínica Cirúrgica II e Pronto-Socorro são os campos que apresentaram os maiores números de atendimentos individuais. Entende-se que tal resultado pode ser influenciado pelo número de leitos disponíveis, mas é importante salientar que tais setores são caracterizados pela presença de usuários com médias e longas internações, em que também há a presença da família/cuidadores, na qual é possível observar a dinamicidade das vivências familiares, os diferentes contextos sociais, econômicos e pessoais, e como tais distinções podem influenciar no processo saúde-doença dos indivíduos.

Durante o período mencionado (07/2023 - 01/2024), a enfermaria da Clínica Médica estava sem o assistente social responsável para realizar atendimentos de rotina, pois o profissional em questão estava afastado por razões de saúde. Assim, um assistente social foi designado para atender apenas emergências e urgências. O profissional designado, além de atender outra enfermaria sob sua responsabilidade, também fornecia assistência na enfermaria da Clínica Médica.

Observou-se, em relação às famílias, durante a residência, que há cuidadores/famíliares que conseguem se organizar de forma regular para acompanhar o usuário durante a internação. Geralmente, são famílias de classe média, cujos cuidadores/famíliares possuem razoável flexibilidade de horário e algum grau de estabilidade financeira, além de hábitos de vida conciliáveis com a rotina do hospital. Há algumas famílias que contratam cuidadores remunerados para acompanhar o usuário durante a internação. No entanto, tal cenário é uma exceção, uma vez que a maioria dos usuários e familiares não possui recursos para arcar com esse ônus extra, que compromete o orçamento das famílias.

Por outro lado, há cuidadores/famíliares que serão a única referência de cuidado do usuário internado e de seu convívio familiar. Entre esses cuidadores, há os que trabalham durante a manhã e/ou tarde, geralmente de 8 a 12 horas por dia, incluindo trabalho durante a semana, finais de semana e feriados. Eles não possuem flexibilidade de horário, ganham um salário-mínimo e são os provedores da família. Percebe-se que a esse acompanhante é exigida uma disponibilidade além de suas possibilidades, dada a sua rotina de classe trabalhadora e as responsabilidades intransferíveis da vida cotidiana.

Os acompanhantes/cuidadores são esposas, maridos, filhos, filhas, avós e avôs. São indivíduos que trabalham, estudam, administram e proveem seus lares, cuidam de crianças e/ou adolescentes dentro do seu convívio familiar, além de cuidar de outros membros adoecidos da família. Observou-se casos em que familiares idosos acompanham usuários internados por longos períodos, de forma exaustiva. Muitos separam um momento do dia, entre suas atividades cotidianas e rotineiras, para prestar assistência ao usuário internado, fazendo frente às exigências do hospital, mesmo que esse momento se traduza em um “malabarismo pessoal” para comparecer ao acompanhamento no hospital.

Os cuidadores/familiares relatam que perdem dias de trabalho para acompanhar o usuário durante a internação. Alegam que os empregadores não são permeáveis às dificuldades enfrentadas pela família; alguns têm os dias ausentes descontados do salário, enquanto outros precisam renunciar ao trabalho para prestar cuidado integral ao usuário internado, criando tensões sociofamiliares na rotina da família. Além disso, os cuidadores/familiares que também cuidam de seus lares enfrentam a dificuldade de estar presentes, auxiliando e cuidando dos demais membros da família, já que, em muitos casos, são os provedores e a única referência de cuidado no convívio familiar.

No Pronto-Socorro e nas enfermarias, é comum a presença da figura feminina durante a internação. Grande parte dos cuidadores/familiares são mulheres, mães e esposas em jornada tripla de trabalho, tendo que conciliar o cuidado da casa, dos filhos, além de exercer atividade remunerada para o orçamento doméstico. Quando o usuário internado é o provedor (a) da família, verifica-se que não possuem trabalho formal e não contribuem com a previdência, o que pode colocar o usuário internado e sua família em maior insegurança financeira.

Ademais, nota-se uma transformação nas configurações familiares, em que a família nuclear, formada por marido, esposa e filhos, já não é mais a predominante. Durante o acompanhamento de usuários internados, observa-se a predominância de famílias monoparentais, tanto femininas quanto masculinas, famílias unipessoais e famílias estendidas. Observou-se que a maioria das novas configurações é composta por famílias monoparentais, lideradas por mulheres.

No Pronto-Socorro (sala de emergência, sala vermelha e unidade AVC) e nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto, leitos de cuidados semi-intensivo e estabilização, a família/cuidador é requisitada apenas como visita, durante o horário das 15h às 16h, para receber o boletim médico. Nos demais setores, do Pronto-Socorro e enfermarias, a equipe de saúde do hospital solicita a presença ostensiva de um cuidador/familiar para auxiliar nos cuidados do usuário internado, principalmente quando se trata de uma internação prolongada, em que o usuário demanda cuidados especiais, e o familiar tem um papel significativo para o internado.

Observa-se que os acompanhantes/cuidadores constituem uma população hipossuficiente, sem recursos para assumir a responsabilidade de acompanhar integralmente os usuários internados no hospital. Assim, é responsabilidade do

assistente social conectar o interesse da instituição com os dos usuários. O profissional consegue conscientizar a equipe de assistência acerca das circunstâncias sociais e objetivas da família que dificultam sua permanência durante a internação. Portanto, o profissional de serviço social pode avaliar e encaminhar, com os familiares, quais são as restrições e oportunidades para o acompanhamento do usuário hospitalizado, buscando alternativas.

Há situações em que se justifica o assistente social flexibilizar o horário de entrada dos acompanhantes para que a família se faça mais presente durante a internação. Durante a manhã, o hospital troca os acompanhantes das 06h30min às 8h, enquanto à noite, das 20h30min às 21h30min. O horário pode representar um desafio para os acompanhantes/cuidadores no acompanhamento dos pacientes internados, considerando a dinâmica do dia a dia das famílias.

Adicionalmente, percebe-se, durante o período de hospitalização, a existência de pacientes internados cujas relações familiares e afetivas são frágeis e/ou estão rompidas. São pacientes que, devido à falta de apoio familiar, vão ser hospitalizados sem a presença de acompanhantes e/ou sem visitas. Outro ponto a ser destacado é a presença de indivíduos em situação de rua hospitalizados. São pacientes com laços familiares frágeis e/ou rompidos, nos quais não há a possibilidade de presença familiar durante a hospitalização. Esses pacientes demandam um maior trabalho do assistente social, pois é necessário realizar longas pesquisas na rede, contatos que demoram a receber o retorno, e quando se chega a uma referência, não há interesse ou ignoram a responsabilidade com o internado. Esses fatos estão relacionados a inúmeras situações da vida particular daquele usuário.

Embora os assistentes sociais tentem conscientizar a família sobre a necessidade de cuidados com o usuário internado, devido a suas experiências passadas, como a necessidade de o usuário internado sair de casa, observou-se que o uso excessivo de substâncias psicoativas e a difícil ou improvável relação com seus familiares fazem com que a família não consiga se comprometer emocional e financeiramente para acompanhar o indivíduo durante a internação.

Além disso, é crucial verificar se a família possui condições objetivas e subjetivas para acolher o usuário hospitalizado após a alta. Tal situação acarretará um trabalho demasiado do serviço social na mediação dessa necessidade. Em casos de longas internações, em que os usuários necessitam de assistência mais

especializada, a equipe assistencial geralmente recorre aos cuidados dos membros familiares mais próximos do indivíduo.

Entre os recursos que são evocados nessa fase do atendimento, pós-alta, há o trabalho do SAD (Serviço de Atenção Domiciliar). Para o usuário ser assistido pelo SAD e pelo Programa Melhor em Casa, o indivíduo precisa apresentar critérios específicos de saúde em seu quadro clínico, além da presença dos familiares/cuidadores no domicílio. No entanto, há uma situação muito difícil no município de Uberlândia, pois a rede não dispõe de um local para receber os pacientes em situação de rua, e esses, não tendo um domicílio, não podem ser incluídos no SAD e/ou Melhor em Casa. Nesse caso, haverá retenção de leito no hospital, aumentando ainda mais a precarização da saúde para pacientes esperando leito.

O Serviço de Atenção Domiciliar para usuários que residem em Uberlândia e o Programa Melhor em Casa para usuários de outros municípios oferecem cuidados domiciliares com a finalidade de desospitalizar usuários que possuem critérios para assistência domiciliar. Os serviços atendem pacientes usuários de aparelhos de respiração manual, portátil, com atendimento domiciliar e ambulatorial, incluindo crianças e adultos em ventilação mecânica, oxigenoterapia e antibioticoterapia. Além disso, é necessário que o usuário assistido seja acompanhado por um cuidador/familiar durante a assistência domiciliar (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2015).

Os serviços atendem apenas usuários que necessitem de equipamentos de suporte à vida, como ventilação mecânica e uso de oxigênio com insuficiência respiratória. Aos demais, é necessário acompanhamento ambulatorial ou na atenção primária de saúde na rede. As famílias trazem, durante a internação e/ou reinternações, a dificuldade do acompanhamento e seguimento do tratamento do familiar pela rede pública de saúde. Os familiares/cuidadores relatam que os serviços públicos de saúde estão sobrecarregados, com poucos profissionais, sendo necessário recorrer à rede privada pela modalidade de convênios e planos de saúde.

Como explicitado, a família pode não possuir as condições objetivas e subjetivas para subsidiar a melhor reabilitação e acompanhamento do usuário após a alta. Acrescenta-se também a fragilidade da rede pública de saúde no apoio e recuperação dos indivíduos. Quando a família recorre à assistência de saúde privada devido à precariedade da rede pública, isso pode significar um momento de

instabilidade financeira e comprometimento das necessidades básicas de seus membros, uma vez que não encontra no Estado a resposta para sua demanda.

Em relação à estrutura física das enfermarias e do Pronto-Socorro, observou-se que não são disponibilizados os mínimos essenciais para que o cuidador tenha uma convivência digna durante o acompanhamento do usuário internado. Algumas enfermarias não possuem banheiros em seus quartos e oferecem cadeiras não ergonômicas, em mau estado de conservação, o que torna a estadia do acompanhante extenuante, prejudicando sua saúde. No Pronto-Socorro, o cenário de precarização se repete também em relação aos banheiros. É comum que usuários e acompanhantes usufruam do mesmo banheiro, dado a pouca disponibilidade de banheiros nos setores⁴.

No Pronto-Socorro, considerando a insuficiência de enfermarias adequadas ao padrão de atendimento e a demanda crescente, grande parte dos usuários internados e seus acompanhantes não são alojados em quartos, como nos leitos das enfermarias. A maioria dos usuários é colocada em macas nos corredores, e os acompanhantes ficam ao lado, em cadeiras inadequadas ergonomicamente, durante longos períodos. Esse cenário precarizado não resguarda a privacidade do usuário e do acompanhante, pois a intimidade de ambos fica exposta nos corredores, tornando o acompanhamento ainda mais exaustivo para os cuidadores/familiares nessas condições.

Quando os cuidadores/familiares são de outros municípios ou residem distantes do hospital, o serviço social atua para encaminhá-los para casas de apoio da rede de Organizações da Sociedade Civil (OSC), com suporte de custeio pela Prefeitura de Uberlândia e/ou por outros municípios. Nessas casas de apoio, é disponibilizada estadia completa para o acompanhante, com possibilidade de pernoite, alimentação, lavagem de roupas pessoais e cuidados com a higiene pessoal até o término da internação do usuário.

Geralmente, as casas de apoio são mais requisitadas pelos cuidadores/familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

⁴ De acordo com Cansian (1977), visitas e acompanhantes em hospitais, podem ser veículos de germes patogênicos para o paciente, quanto podem ser o contraente de infecção por entrar num ambiente mais contaminado. Pacientes e visitas/acompanhantes devem evitar usar o mesmo banheiro, tendo em vista o perigo de infecção cruzada (Cansian, 1977).

e leitos de cuidado semi-intensivo e estabilização, pois nesses leitos, as visitas são permitidas apenas durante o horário das 15h às 16h, não sendo necessária a presença constante dos acompanhantes. Ressalta-se que, quando os usuários recebem alta desses leitos de terapia intensiva/semi-intensiva e estabilização, são transferidos para leitos de clínicas de menor complexidade, onde a presença dos cuidadores/familiares se torna necessária, sendo, portanto, a atuação do serviço social essencial nesses momentos de transição.

Este cenário de precarização estrutural se soma à falta de recursos humanos no Hospital de Clínicas (HC-UFU). Quando são contratados via concursos públicos, o problema da rotatividade da equipe é evidente, pois muitos profissionais desistem rapidamente das vagas para buscar melhores oportunidades, deixando as vagas abertas e forçando o reinício de novos processos de seleção. Quando há candidatos interessados, a reposição depende da ordem da lista de aprovados, e, caso os selecionados acabem, um novo ciclo de contratação terá início, o que torna o processo demorado e moroso.

Os processos de burocratização administrativa ampliam significativamente o tempo de espera e a recontração de profissionais. Isso gera outro problema: a grande rotatividade dos profissionais, que dificulta a assimilação das rotinas e configura um problema crônico de gestão e organização no hospital. A EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) tem ciência dessas dificuldades e, embora de forma ainda precária, tem procurado mitigar esses problemas, investindo na capacitação dos quadros.

Esse cenário de precarização atinge, principalmente, as enfermarias e o Pronto-Socorro, onde as equipes trabalham com desfalques, profissionais sobrecarregados e adoecidos, que solicitam constantemente a presença de cuidadores/familiares para prestar suporte nos cuidados dos usuários internados. De um lado, temos um hospital de referência, com inúmeros usuários internados; do outro, um número reduzido de profissionais atuando, considerando o desinvestimento do Estado, que já é um problema de longa data na saúde pública.

A sobrecarga dos profissionais de saúde reflete um outro problema; a responsabilidade pelo cuidado durante a internação acaba sendo, na maioria dos casos, transferida para os cuidadores/familiares, devido à insuficiência de recursos

humanos para atender toda a demanda presente nas enfermarias e no Pronto-Socorro.

Especificamente no caso das contratações, a EBSEH e a organização do HC-UFU vêm realizando a convocação de profissionais do serviço social através do Concurso nº 2/2019. A convocação está em andamento para as áreas administrativa, assistencial e médica. Vale lembrar que o concurso foi prorrogado por mais dois anos, com prazo final em outubro de 2024. Foi realizado um novo Concurso Nacional da EBSEH (nº 1/2023), mas somente será possível convocar os profissionais do serviço social após o encerramento do prazo do concurso anterior.

O hospital possui algumas rotinas mais humanizadoras, como, por exemplo, o atendimento às necessidades básicas dos acompanhantes, como a alimentação fornecida no refeitório (almoço e jantar), além do suporte das OSCs, que oferecem as casas de apoio. No entanto, tal cenário não afasta a sobrecarga desproporcional que recai sobre as famílias durante a internação. Nos atendimentos realizados durante a residência, os familiares relatam os sacrifícios feitos para estarem presentes durante toda a internação dos usuários. A presença do serviço social é essencial nas mediações entre a família e o hospital, sendo crucial a contratação mais célere dos profissionais para suprir essas demandas.

As experiências familiares observadas durante o acompanhamento de pacientes hospitalizados revelam claramente que há prejuízos para a família em sua função de ser um ambiente de formação e suporte emocional para os indivíduos. A dinâmica social e econômica das famílias de acompanhantes tem um impacto significativo no tratamento dos pacientes hospitalizados. A sobrevivência da família é determinada pelo sistema de produção da sociedade, afetando diretamente o bem-estar e sustento familiar quando um dos seus membros é requisitado no acompanhamento do familiar internado.

As condições sociais, materiais e subjetivas das famílias devem ser observadas pelos profissionais de saúde, assim como pelo Estado, pois essas condições podem refletir diretamente no acompanhamento dos usuários internados, e desempenham papel crucial na recuperação e reabilitação do usuário.

Portanto, é necessário refletir sobre a exploração da família no contexto capitalista, assim como os desdobramentos do projeto de precarização da política de saúde e seus serviços na vivência das famílias e usuários do Sistema Único de Saúde

(SUS). Nesse sentido, os profissionais de serviço social são chamados a defender a democracia e as políticas públicas, questionando as visões de um projeto de saúde alinhado ao mercado. Embora as determinantes sejam estruturais, o serviço social pode tentar uma participação política nas instâncias de pactuação dos Conselhos de Saúde, muito embora essas estruturas estejam frequentemente dominadas por gestores mais preocupados com o custo da saúde do que com o investimento na saúde e, por conseguinte, no cuidado com o usuário e suas famílias.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de serviço social têm a família como foco principal de sua atuação. Isso implica que a atuação junto às famílias, destinatárias das políticas sociais, seja um componente constante do trabalho diário dos assistentes sociais. A atuação do profissional junto às famílias envolve compreender as configurações adotadas pela família e a estrutura de relações dentro de seus limites, analisando como ela garante a proteção social de seus integrantes e como o Estado atende às suas demandas.

A família é vista como um local privilegiado na história humana, onde aprendemos a ser e a coexistir. As mudanças na família, portanto, estão vinculadas às mudanças na sociedade. A família é um ambiente contraditório, onde a convivência é permeada por conflitos e desigualdades. Nas sociedades capitalistas, a família desempenha um papel crucial na esfera da proteção social, mas não pode assumir sozinha as responsabilidades que deveriam ser do Estado.

A idealização da família "estruturada" é formulada para sustentar a base da sociedade capitalista, criando no imaginário a crença de que, por meio da família, é possível concretizar um projeto social baseado na solidariedade, ao mesmo tempo em que compactua com a política de desmantelamento das conquistas sociais vigentes.

Emerge a concepção focada no familismo, em que a família é vista apenas sob a ótica nuclear (casal com filhos), abordando-a a partir de uma estrutura ideal, com funções claramente estabelecidas. Além disso, essa perspectiva limita a visão da família às relações determinadas dentro do seu lar e em sua rede social primária.

A intervenção do assistente social junto às famílias implica conhecer as formas que a família assume, sua estrutura de relações tanto internamente quanto externamente, e analisar como ela exerce a proteção social de seus membros, além de entender como o Estado provê suas necessidades.

Trabalhar com famílias significa lidar com possibilidades e não com garantias, uma vez que a família pode viver momentos de instabilidade, dependendo do contexto social em que se encontra. A família pode ser um lugar de cuidado, mas também de conflitos. É necessário compreender as nuances que interferem no desenvolvimento do núcleo familiar.

O Estado deve prover meios e garantias para o desenvolvimento da família. Logo, para exercer seu papel, ela precisa ter acesso às políticas sociais que sustentam sua continuidade. Não se trata de uma relação de tutela, mas de uma organização do cuidado que visa garantir a promoção de políticas públicas, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988.

A proposta privativa confronta-se diretamente com o projeto hegemônico do serviço social. A reforma sanitária busca a democratização do acesso aos benefícios e serviços de saúde, a promoção de um atendimento humanizado, a interdisciplinaridade e a participação cidadã. Portanto, é necessário incorporar a agenda da reforma sanitária ao projeto ético-político da profissão.

O assistente social deve, em sua prática, defender a saúde pública gratuita e universal, os direitos humanos, a equidade e a justiça social, além de se comprometer com a qualidade dos serviços prestados à população. O serviço social deve estar articulado ao movimento dos trabalhadores pela concretização do SUS, construindo e efetivando espaços que garantam a participação popular em ambientes democráticos, especialmente em temas relacionados à saúde.

Enquanto assistentes sociais, é crucial reforçar o papel do serviço social em conselhos de saúde para combater o desmonte de políticas públicas, além de fomentar esse debate junto à população usuária. É indispensável pressionar o poder público por aumento de verbas destinadas à saúde, garantindo recursos para a ampliação e manutenção dos serviços públicos.

Dentre as opções para aprimorar a passagem dos acompanhantes e usuários no hospital e o atendimento aos familiares, sugere-se que em relação à infraestrutura do hospital, é necessário pensar um ambiente físico com a disponibilização de áreas específicas para acompanhantes nas enfermarias e no Pronto-Socorro. O ideal são espaços adequados para usuários e familiares, reduzindo a exposição de ambos em corredores. Com a inauguração do novo Pronto-Socorro, espera-se que tais necessidades da população sejam atendidas.

No que diz respeito aos recursos humanos, é fundamental aumentar a capacidade dos profissionais disponibilizados pelo Pronto-Socorro e enfermarias por meio da contratação emergencial de profissionais através de concursos públicos regulares, reduzindo os prazos de contratação para evitar lacunas na assistência.

Além disso, é necessário realizar o processo de transferência de profissionais de forma mais célere.

Quanto ao apoio aos acompanhantes e familiares, é imprescindível adotar horários mais adaptáveis à realidade das famílias, especialmente para aqueles que trabalham. Além disso, implementar subsídios de apoio social, como transporte para famílias de baixa renda durante a internação, e fomentar, no âmbito político e social, o debate sobre a importância do apoio financeiro para cuidadores.

É preciso desenvolver programas de apoio psicossocial para famílias e usuários durante a internação. Esses programas devem incluir atendimento psicológico e social, especialmente em casos de internações prolongadas, além de oferecer treinamento sobre cuidados básicos em saúde e direitos sociais. Adicionalmente, fortalecer a rede de apoio aos usuários e familiares, promovendo maior articulação entre o hospital e as redes sociais para acompanhamento pós-alta.

Por fim, é urgente retomar as diretrizes da reforma sanitária e o conceito ampliado de saúde, investindo em educação permanente dos profissionais e nas residências em saúde, promovendo treinamentos contínuos para profissionais, residentes e equipes multiprofissionais. Esses treinamentos devem ter como foco a humanização do atendimento em saúde e a valorização da importância do SUS, assim como o resgate dos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Os programas de residência devem contemplar a abordagem da política de saúde pública, universal, estatal e de qualidade, além de promover o desenvolvimento educacional dos residentes. É necessário pensar o residente como um profissional em formação, que participará de um programa de pós-graduação que incluirá atividades práticas, teórico-práticas e teóricas. Contudo, o que se observa é a precarização de recursos humanos e a sobrecarga dos profissionais de saúde no contexto das políticas públicas neoliberais.

As residências multiprofissionais em saúde são direcionadas à educação em serviço. O residente de serviço social deve desenvolver sua formação sob a supervisão técnico-profissional da categoria. Portanto, o residente não deve assumir atribuições que são responsabilidade do profissional efetivo, nem ocupar espaços onde há falta de pessoal, o que pode contribuir para a lógica de substituição de mão de obra característica da proposta privatista, afetando diretamente as políticas sociais públicas e os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ARQUES, Antônio Jorge de Souza *et al.* **Direito a saúde, cobertura universal e integralidade possível: encontro internacional.** [S./], 2016. Portal da Assembleia Administrativa de Minas Gerais. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizados.pdf. Acesso em: 20 ago. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS): norma operacional básica NOB/SUAS.** Brasília, DF: MDS, 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em 17 set. 2024.

BRASIL. **Lei Federal nº 13.146, de 06 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em 19 mar. 2024.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003.** Institui o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. [Constituição de (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde **Caderno de Atenção Primária: rastreamento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 27 mai. 2024.

BRASIL. **Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 27 ago. 2024.

CARVALHO, Inaiá Moreira de; ALMEIDA, Paulo Henrique de. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 2, n. 17, p. 109-122, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/Gk5TM4qgVRJBpHgPTMRGJJM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2024. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000200012>.

CANSIAN, Tânia Mara. A enfermagem e o controle da infecção cruzada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s./], v. 30, n. 4, p. 412-422, 1977. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/gcdMRXP3zCZNWFkcQ8WWQBS/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2024. <https://doi.org/10.1590/0034-716719770004000009>.

CAMPOS, Chrystian R. Coremu (org.) **Atenção ao Paciente em Estado Crítico**. Uberlândia: UFU, 2024. Portal Famed. Disponível em: <https://www.famed.ufu.br/pos-graduacao-lato-sensu/residencia-multiprofissional-e-em-area-profissional-da-saude/programas-8>. Acesso em: 29 março de 2024.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Serviço de Atenção Domiciliar do HCU-UFU recebe prêmio em congresso nacional**. Brasília, DF: Ebserh, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/comunicacao/noticias/servico-de-atencao-domiciliar-do-hcu-ufu-recebe-premio-em-congresso-nacional>. Acesso em: 09 out. 2024.

MIOTO, Regina Célia Tomaso. **A centralidade da família na política de assistência social**: contribuições para o debate. [S./], 2003. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3756/1820>. Acesso em: 18 set. 2024.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fabio Fernandes; ALMEIDA, Cláudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>. Acesso em: 10 abril de 2024. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.

NOGUEIRA, Ana Claudia; MONTEIRO, Márcia Valéria. A família e a atenção em saúde: proteção, participação ou responsabilização? In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana (org.). **Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013. Cap. 7. p. 1-222.

SENNA, Mônica de Castro Maia *et al* (org.). **Serviço Social na saúde coletiva**: reflexões e práticas. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2012. p. 293.

SOUZA, Alinne Bianca Lima; BELEZA, Mirna Carla Moreira; ANDRADE, Roberta Ferreira Coelho de. Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família: uma leitura a partir do tribunal de justiça do Amazonas. **PRACS**: Revista eletrônica de humanidades do curso de ciências sociais da UNIFAP, Macapá, v. 5, p. 105-119, dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/viewFile/577/n5Souza.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Medicina. **Projeto Pedagógico Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde**: processo de autorização. Uberlândia: UFU, 2012. Disponível em: https://www.famed.ufu.br/system/files/conteúdo/apec_1.pdf. Acesso em: 29 mar. de 2024.