



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

CARLA APARECIDA RODRIGUES DE SOUZA COELHO

MUNDO DA SAÚDE E O TRABALHO NO SERVIÇO SOCIAL: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA.

UBERLÂNDIA

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

CARLA APARECIDA RODRIGUES DE SOUZA COELHO

MUNDO DA SAÚDE E O TRABALHO NO SERVIÇO SOCIAL: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA.

Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Assistente Social Especialista em Saúde pelo Serviço Social, na área de concentração de Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

Orientador: Prof. Assd. Flander de Almeida Calixto.

UBERLÂNDIA

2020

O MUNDO DA SAÚDE E O TRABALHO NO SERVIÇO SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

COELHO, Carla Aparecida Rodrigues de Souza¹.

CALIXTO, Flander de Almeida².

Resumo: Este trabalho teve como objetivo apresentar um relato de experiência da residente, no programa de Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, na área de concentração: Atenção ao Paciente em Estado Crítico. A vivência cotidiana registrada das observações no processo de trabalho são as bases dos dados deste relato. Metodologicamente, o período de referência das experiências vivenciadas, compreende os meses de março a dezembro de 2019. Definiu-se como o mês de análise de dados, aquele de maior frequência de atendimentos em cada unidade, em que o programa APEC (Atenção ao Paciente em Estado Crítico) desenvolve suas ações. O período de referência coincide com o segundo ano da residência. Serão vivenciadas pela autora, as experiências na Unidade de Terapia Intensiva de Adulto, Unidade de Terapia Coronariana e o Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da UFU. Nesse sentido, pretendeu-se, descrever analiticamente, as atividades mais significativas, considerando as ocorrências de maior frequência. Foram analisadas as dificuldades e possibilidades vivenciadas pela residente, decorrente do cotidiano profissional, a partir dessas atividades observadas em análise.

Palavras-Chave: Assistente Social. Saúde. Instrumentalidade. Demandas.

Abstract: This article aimed to present a report of the resident's experience, in the Multiprofessional Residency program of the Faculty of Medicine of the Federal University of Uberlândia, in the area of concentration: Attention to the Patient in Critical State. The recorded daily experience of observations in the work process is the basis of the data in this report. Methodologically, the reference period for the experiences lived, comprises the months of March to December 2019. The month of data analysis was defined as the month with the highest frequency of attendances in each unit, in which the APEC program (Patient Care) Critical State) develops its actions. The reference period coincides with the second year of residency. Will be experienced by the author, the experiences in the Adult Intensive Care Unit, Coronary Therapy Unit and the Emergency Room of the Hospital Clinical the UFU. In this sense, it was intended to describe, analytically, the most significant activities, considering the most frequent occurrences. The difficulties and possibilities experienced by the resident, resulting from the professional routine, were analyzed based on these activities observed in analysis.

Keywords: Social Worker. Health. Instrumentality. Demands.

¹ Assistente Social, residente no programa de Residência Multiprofissional em Saúde 2018/2020 - Serviço Social/ área de concentração Atenção ao Paciente em Estado Crítico pela Universidade Federal de Uberlândia - MG (UFU/MG). carllacoelho123@gmail.com.

² Orientador e Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Uberlândia - UFU, Assistente Social, professor associado do curso de Serviço Social – FACIP/UFU. flanderac@gmail.com

Introdução

Este trabalho resulta de reflexões, discussões e análises realizadas a partir de inquietações que emergiram no decorrer da prática profissional possibilitada por uma observação empírica da realidade cotidiana, levando-se em conta à experiência profissional adquirida enquanto Assistente Social, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), na área de concentração de Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC).

Nesse sentido, a vivência cotidiana registrada das observações no processo de trabalho são as bases dos dados deste relato. Metodologicamente, o período de referência das experiências vivenciadas, compreende os meses de março a dezembro de 2019. Definiu-se como o mês de análise de dados, aquele de maior frequência de atendimentos em cada unidade, na área de concentração APEC, em que se desenvolveram as ações interdisciplinares.

O período de referência coincide com o segundo ano da residência. Foram vivenciadas pela autora, as experiências na Unidade de Terapia Intensiva de Adulto (UTI Adulto), Unidade de Terapia Coronariana (UCO) e o Pronto Socorro (PS) do Hospital de Clínicas da UFU (HC-UFU). Nesse sentido, pretendeu-se, descrever analiticamente, as atividades mais significativas, considerando as ocorrências de maior frequência na modalidade de ensino-trabalho. Foram analisadas as dificuldades e possibilidades vivenciadas pela residente, imersa no cotidiano profissional, a partir das ações profissionais analisadas.

Pretendeu-se com esse trabalho oferecer uma contribuição para a efetivação e aprimoramento dos protocolos (POPs³) aplicáveis ao trabalho da assistente social, considera-se importante a necessidade de estar sempre atualizando estes instrumentos que são parte das mediações de um trabalho profissional qualificado, conforme previsto nas normatizações institucionais.

³ POPs (EBSERH) Os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) são documentos imprescindíveis para o exercício de qualquer tarefa realizada com qualidade, eficiência e eficácia, obedecendo a critérios técnicos e observando normas e legislação das áreas pertinentes. Os POPs servem de veículo para que as informações acerca dos mais diversos processos cheguem com segurança ao executor.

Entende-se que as condutas padrão de trabalho fazem parte das referências de mediação para a condução de um trabalho qualificado, considerando a compreensão dialética desse movimento normativo e procedimental do trabalho profissional. Nesse sentido, buscou-se nas mediações éticas do Serviço Social o capítulo que trata dos princípios fundamentais do código de ética da/o assistente social que pontua o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. (CFESS, 1993). Nesse sentido sempre a análise esteve pautada pelo tripé da instrumentalidade, composta do teórico metodológico, o ético-político, acima referido e o técnico-operativo, da materialidade do trabalho. Em determinados momentos do texto, na análise, pôde-se separá-los apenas para efeito de modalização da argumentação a que se referiu à análise, mas são indissociáveis.

Para tanto, pretendeu-se estruturar um quadro sinótico com as tipologias interventivas, descritas pela atuação profissional de atendimento nas três unidades de atuação da APEC. Assim, por meio da vivência empírica, detalhou-se o atendimento (a abordagem), como foi encaminhado o atendimento (a conduta orientada) e a título de contribuição, a sugestão de conduta da residente. Considerou-se que a formação proposta pela Residência Multiprofissional está estruturada pelo binômio ensino-trabalho, e a partir dessa experiência da autora, procurou-se trazer uma contribuição ao grupo de trabalho que atuam nestes setores hospitalares.

O trabalho foi escrito na linguagem de gênero feminino, assim optou-se por serem maioria, as residentes e as preceptoras no programa. Metodologicamente se propõem fazer a leitura do concreto/real⁴, ou seja, “a unidade da diversidade” (experiência empírica do cotidiano de trabalho contextualizada em sua dimensão sócio-histórica), considera-se que o trabalho está atravessado por ações humanas objetivas, e teleologicamente articulado a um contexto complexo e multidiverso. Assim, estabeleceu-se uma análise da experiência da residente, registrando os passos decorrentes das demandas institucionais e as demandas profissionais⁵ que parte de uma totalidade movente e contraditória própria a historicidade desse momento na saúde em sua dimensão de política pública.

⁴ Marx, Karl. Contribuição à Crítica da Economia Política. 03. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 248.

⁵ A profissão reaparece no desempenho de uma função histórica de “tecnologia de organização do cotidiano como manipulação planejada” (NETTO, 1992, p.92). Daí a aparência fluida, sem definição, das requisições profissionais. Já observamos em outro lugar (Guerra, 1995) que esta indefinição não está na profissão, mas “localiza-se na natureza das demandas geradas no confronto das classes sociais antagônicas que passa a se constituir nas requisições institucionais que historicamente convocam a profissão, atribuindo-lhe um caráter

De acordo com Bertoldo org. (2012, p.168) “é necessário ter sempre presente que a imagem ontologicamente correta do mundo pressupõe tanto o conhecimento específico de cada modo de ser, como o de suas interações e inter-relações com os outros”. Portanto, as ações de saúde estabelecidas interdisciplinarmente na residência multidisciplinar compõem um campo apropriado a essas interações que são partes moventes de uma totalidade contraditória.

Durante o processo de levantamento bibliográfico houve poucas referências de base circunscritas ao trabalho da assistente social, no que se refere a protocolos hospitalares de Serviço Social, pois em certa medida organizacional os POPs podem ser o parâmetro da análise do “que fazer” profissional. Buscou-se nas plataformas *online*: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da *Biblioteca Virtual de Saúde* (BVS) parâmetros comparativos das observações empíricas da autora. Utilizou-se também a técnica da observação com registro nas vivências de trabalho profissional para conhecer o concreto do cotidiano profissional da assistente social. Como base teórica central para a intervenção do Serviço Social adotou o tripé da instrumentalidade, definido pelos eixos: teórico-metodológico, ético-político e técnico operativo conforme preconizam Guerra (2000b, p.16) e as diretrizes da ABEPSS⁶ (1996, p.7).

Apesar de pouco material encontrado na pesquisa, a autora ficou estimulada a estudar a análise e o registro das experiências e buscar o aprimoramento da intervenção, por meio de “sucessivas aproximações ao objeto” (NETTO, 2012, p.75) como deve se pautar as análises sob a direção do materialismo dialético. Nesse sentido, em seu caráter de inacabamento, sugere-se ampliar a pesquisa, tanto internamente, no Serviço Social hospitalar, quanto no âmbito da categoria profissional, envolvendo a instrumentalidade do Serviço Social na saúde.

Por outro lado, há a importância de registrar o cotidiano profissional hospitalar de modo sistematizado, que enfrenta como barreira material uma crescente pressão de

difuso que passa como incognoscível” (1995, p.33), Além disso, assim como as demandas sociais, as demandas institucionais são de classe e, portanto, permeadas por interesses divergentes, embora apareçam para os indivíduos como iguais. (GUERRA, et al. XV ENEPSS, 2016).

⁶A competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política são requisitos fundamentais que permite ao profissional colocar-se diante das situações com as quais se defronta, vislumbrando com clareza os projetos societários, seus vínculos de classe, e seu próprio processo de trabalho. Os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos são necessários para apreender a formação cultural do trabalho profissional e, em particular, as formas de pensar dos assistentes sociais (ABEPSS, 1996, p.7).

demanda, inviabilizando muitas vezes, que os registros sejam apropriados para avaliação e monitoramento e assim se tornarem úteis ao aprimoramento do trabalho profissional qualificado como é próprio do trabalho social na sua “genericidade” constitutiva (HELLER, 1998).

Nesse sentido foi fundamental recuperar as pesquisas de Vasconcelos (2012, p.169), que reúnem estudos sobre o trabalho profissional em suas multiformes expressões, refletindo a realidade dos assistentes sociais nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. Considerou-se que os assistentes sociais inseridos em hospitais, maternidades ou institutos desenvolvem atividades como “orientações diversas” (previdenciárias, documentação, realização de exames, aconselhamentos, etc.), “encaminhamentos internos” (para Programas, Projetos, recursos e/ou serviços da unidade), “encaminhamentos externos” às instâncias da rede como o Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS, Defensoria Pública, outras unidades de saúde, recursos assistenciais, etc. Faz “esclarecimentos”, “informações”, “providências” “apoio”, “aconselhamentos” e um olhar especial sobre os atendimentos como alta, remoção e comunicação de óbito. Esses últimos instrumentos, atravessados por complexas situações envolvendo complexidades “ideo-políticas” que vão rebater na atuação da assistente social.

Segundo a autora, essas demandas são “historicamente” atribuídas ao Serviço Social, “que requer da profissão uma análise das demandas” (2012, p.169), que estão colocadas à profissão considerando o paradigma do projeto ético político. Para isso, a partir da prática interventiva e investigativa, por meio do tripé da instrumentalidade, é que a assistente social pode objetivar os questionamentos que as demandas apresentam e assim, subsidiar o profissional para sistematizar mecanismos e procedimentos qualificados ao seu processo de trabalho.

Conforme se observou junto às demais categorias da residência multiprofissional, em especial, as categorias médicas, o emprego de “POPs” é uma estratégia de gestão amplamente usada para direcionar o trabalho com os cidadãos atendidos pelo Serviço Social no hospital. O emprego sistemático dos POPs permite aos profissionais de saúde obter uma linha de conduta para efetuarem os procedimentos padrão em determinada ação profissional nas rotinas de atendimento dos pacientes.

Depreende dessa lógica de gestão hospitalar, a necessidade da efetivação destes protocolos profissionais no que se refere ao Serviço Social, para que se dê uma

materialidade sistematizada do atendimento, além de servir ao monitoramento e avaliação das ações qualificadas no movimento dialético do cotidiano de trabalho da equipe. Nesse sentido, é importante aplicar as estratégias coletivas de intervenção, entre os membros da equipe de Serviço Social, para aprimorá-las considerando a conjuntura complexa da historicidade dos cidadãos e as ações profissionais que objetivam garantir direitos conforme o Projeto Ético Político do Serviço Social⁷ numa conjuntura adversa de precarização da saúde e no contexto de afirmação da agenda neoliberal, acirrada desde 1980.

Ocorre que mesmo após os avanços proporcionados à política de saúde pela Constituição Federal de 1988, logo após, a década 1990 houve sequenciais perdas dos direitos sociais em função da adoção do ideário neoliberal, consequente ao redirecionamento do papel do Estado influenciado pela política de ajuste conservador e interesses de mercado. Diretamente impactou-se o trabalho com a redução dos quadros profissionais nas instituições de saúde e sobrecarregando com múltiplas funções aqueles que permanecem nos quadros.

Apesar de o texto constitucional conter avanços democráticos para acesso a benefícios, vem havendo um forte ataque por parte das forças conservadoras para reduzir pessoal e expandir o atendimento, “[...] a partir dos anos 1990, num cenário de regressão dos direitos sociais e de destruição das conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa do mercado e do capital.” (MENEZES, 2011, p. 274 apud BRAVO, 2001).

Nesta perspectiva, a estratégia conservadora é que o Estado deixe de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e da protetividade social para se tornar o promotor e regulador, transferindo pela via de serviços terceirizados para o setor privado suas responsabilidades constitucionais, ou seja, responsabilizar o (a) cidadão pelo ônus de custeio da própria saúde, reflexo das contradições da questão social.

A questão social, objeto de estudo do Serviço Social, não é senão as manifestas expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (Carvalho e Iamamoto, 1983, p.77). Essa classe que “vive do

⁷ Projeto que sinaliza a direção e os valores assumidos pela categoria;

trabalho” para manter- se necessita de um corpo de serviços que o Estado deveria comprar e ofertar, isso previsto no contrato social, ou seja, a condição mínima de sua reprodução. Mas nem isso vem se realizando neste cenário de capitalismo selvagem de alta taxa de extração da mais valia sempre em graus ampliados, pauperizando o trabalhador e sua família.

Serviço Social na área da saúde e Residência Multiprofissional em Saúde

O Serviço Social teve seu marco inicial na área da saúde com a formulação da Política Nacional de Saúde em 1930⁸, e atualmente, a saúde é considerada a área que mais emprega assistentes sociais, devido às ações desenvolvidas pelo profissional, para capturar a pulverização de recursos públicos criados para atenuar a indigência do cidadão cada vez mais vulnerável, que busca a garantia e o acesso às políticas de saúde.

Desse contexto excludente cabe contextualizarmos o processo de inserção da Residência Multiprofissional na saúde, especificamente o Serviço Social, para que sejam analisados os processos de trabalho bem como o cotidiano profissional da assistente social no cenário hospitalar.

Segundo o Ministério da Educação (2005)

(...) as residências multiprofissionais em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. (Resolução CNS nº 287/1998).

⁸ A Política de Saúde na década de 1930 foi organizada em dois subsetores o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública centralizou- se na criação de condições sanitárias mínimas e na população urbana e, subalternamente, a do campo, com ênfase na promoção e prevenção de doenças por meio de campanhas sanitárias com a criação de serviços de combate às endemias até meados de 1960. O subsetor de medicina previdenciária que se destinava a cobrir benefícios proporcionais às contribuições, este teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) por meio da denominada Lei Elói Chaves criada em 1923. Este modelo previdenciário atendia somente trabalhadores registrados nas empresas com carteira de trabalho. Bravo (2002, p.04).

Na Universidade Federal de Uberlândia - UFU, a iniciativa de criação do Programa de Residência Multiprofissional justificou-se porque, além de ser uma solicitação das instituições integrantes do Sistema de Saúde, foi também uma iniciativa e proposta do Ministério da Saúde, por meio da Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde e da Coordenação de Residências em saúde em 2009. Nesse sentido, essa modalidade de ensino-trabalho está dentro de um conjunto de propostas ampliadas de políticas sociais.

Dentre as áreas de concentração da Residência Multiprofissional da UFU estão os programas de: Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC), Atenção em Saúde Mental (ASM), Atenção em Saúde da Criança (ASC), Atenção Integral ao Paciente com Necessidades Especiais (AIPNE), Atenção em Oncologia (AO), Nutrição Clínica (NC) e Saúde Coletiva (SC).

Durante o período da residência, foram campos de trabalho, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) e as Unidades Básicas de Saúde de Capinópolis- MG. As atividades foram planejadas pedagogicamente para acontecerem em um grupo multiprofissional com o mínimo de 03 profissionais de áreas distintas, para a formação de conhecimentos multiprofissionais.

O projeto pedagógico da ⁹PRAPS-FAMED-UFU (2011, p.08) traz como objetivo central formar profissionais de saúde;

(...) especialistas na Área de Concentração, com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificados para o exercício na especialidade escolhida, com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos, conhecedores dos diferentes cenários da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde, capazes de atuar com competência na área específica de formação.

No primeiro ano de residência (R1), associado às disciplinas teóricas para aporte reflexivo da prática, a formação do residente abarca o conhecimento do funcionamento do sistema de Atenção Primária de Saúde, e as atividades no Hospital de Clínicas, quando estabelece contato com as enfermarias cirúrgicas, a unidade básica de saúde do bairro Jaraguá, pronto atendimento, Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem- CEPEPE, enfermarias cirúrgicas I, II e Clínica Médica, Unidades Básicas de Saúde de Capinópolis- MG, UTI Adulto.

⁹ PRAPS-FAMED-UFU- Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (uni e multiprofissional).

No Brasil, país da periferia do capitalismo, os programas públicos perdem muito com gestão de políticas de governos em detrimento das políticas de Estado, e no conjunto a perda se espalha por toda a sociedade. Por esse motivo, a residência multiprofissional 2018-2019, não pôde conhecer a rede do município de Uberlândia. Para, além disso, fica evidente conforme o que dispõe o projeto pedagógico da PRAPS-FAMED-UFU (2011, p.10) “o conhecimento da Rede de Serviços de saúde e do caminho percorrido pelo usuário durante na solução de seu problema também é fundamental para a formação do residente deste Programa”.

Assim, houve um sobre esforço na formação das residentes, sendo necessário o deslocamento da Residência para municípios vizinhos, aumentando custos para a Universidade e para o programa, além de ser um processo desgastante para as/os Residentes, as viagens e os acertos de cronograma que tinham de se ajustar a inúmeras variáveis sejam as da universidade ou as das cidades onde se deram as formações.

Apesar dos entraves referidos, a perspectiva do Projeto Pedagógico formulado pela PRAPS-FAMED-UFU (2011), presume a passagem do residente nos diversos setores dentro da instituição para permitir que sua formação possa dimensionar a atenção de saúde ao usuário, a estrutura de atendimento da instituição, bem como, fluxos de procedimentos/encaminhamentos e protocolos institucionais de cada setor.

No cotidiano a residente percorre essas unidades, acompanhando os casos dos internados, com a supervisão da preceptora, bem como o suporte dos tutores. As preceptoras são técnicas administrativas, assistentes sociais, enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogas, educadoras físicas e odontólogas do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e das demais Unidades de saúde de outros municípios em que a Residência tem cronograma de atendimento para as atividades práticas dos Núcleos Comuns e Específico.

A operacionalização do processo de supervisão preceptorial se dá pela união do campo prático com o campo teórico, ou seja, envolve um processo de reflexão da ação prática alicerçada na teoria, unidade fundante do momento de supervisão. Para tanto, nessa direção, Guerra (2000) define o processo de supervisão como:

(...) expressão da unidade entre teoria e prática. Uma unidade dialética e interdependente que pressupõe a contradição, aproximações sucessivas e a construção de saberes. A supervisão comporta a diversidade, ou seja, constitui-se num processo de síntese entre teoria/prática, entendendo-a enquanto unidade

indissolúvel, na qual, a partir de um determinado referencial teórico, no enfrentamento das condições concretas do real, serão construídas alternativas e respostas profissionais. Trata-se de um processo dialético, que incorpora um conjunto de atividades e procedimentos, que mantém certa continuidade e que apresenta certa unidade, organicidade, exigindo particulares modos de fazer, metodologias e procedimentos adequados, ainda que não definidos a priori, mas a partir de reflexões e problematizações, os quais dependem da clareza acerca dos objetivos, da convicção nos valores e princípios e da escolha e utilização de um conjunto de estratégias e instrumentos adequados. (GUERRA, 2000, p. 03).

Ao abordar objetivamente ao processo de trabalho profissional em campo, cabe ressaltar a importância da ação ensino-trabalho exercida pela preceptoria, que se torna o eixo central do processo de especialização da residente, decorrente de uma gama de mediações na análise da realidade institucional acumulada, que, em princípio, deverá ser compartilhada com a residente em formação. Esse processo se caracteriza por supervisão direta nas atividades práticas realizadas pelas residentes nos serviços de saúde do programa. Nesse sentido é exercida por uma profissional vinculada à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. (CNRMS¹⁰, 2012, resolução n.2).

A ação da preceptoria constrói o momento em que são instruídas as bases do “que fazer” profissional, é o espaço de trocas de experiências, quando às dimensões do “saber”¹¹ se fundem na experiência de atendimentos para alcançar o objetivo formativo. Portanto, a preceptoria em Serviço Social, exige de a preceptora assistente social o seu agir de forma indissociável com as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, em união aos princípios norteadores do SUS (Sistema Único de Saúde) para efetivação de respostas às demandas dos usuários.

Paralelamente, em apoio ao processo formativo, os tutores são os profissionais das áreas envolvidas, professores dos cursos de graduação da UFU que participam do programa, designados pela coordenação de cada área participante da residência, integram o conjunto de profissionais que contribuem no processo de docência para construção de conhecimento/experiências e suporte a residente.

No que tange o cenário de atuação da residente, sua capacitação se volta para área específica de concentração escolhida, com maior tempo de permanência nos setores específicos para o aprendizado crítico reflexivo do serviço prestado.

¹⁰ CNRMS- Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

¹¹ “Saber” entendido pela autora como conjunto de mediações e articulação institucional para a execução do trabalho contextualizado à realidade.

Metodologicamente, foram selecionadas como campos para observação a Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Terapia Coronariana e Pronto Socorro. A autora trabalhou aproximadamente de 04 a 05 meses em cada setor, e desenvolveu as atividades em conjunto com a preceptora, estabelecida em cronograma previamente elaborado pela PRAPS-FAMED-UFU.

Destarte, a PRAPS-FAMED-UFU (2011, p.28) prevê em seus objetivos, o perfil dos profissionais egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, que devem ter uma formação humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Deverá ser conhecedor da Rede de Serviços de saúde e do caminho percorrido pelo usuário para facilitar a solução de seu problema, capaz de conhecer e intervir na realidade concreta dos serviços de saúde, de atuar com compromisso com a cidadania, habilitado no trabalho de equipe multiprofissional, capaz de reconhecer as necessidades humanas e, conseqüentemente, prestar uma assistência individualizada e integral ao usuário.

Almeja-se que o residente consiga identificar e dar respostas às demandas cotidianas postas pelos usuários e pela instituição. Nesse sentido, é necessário entender o que é um paciente em estado crítico para o programa APEC, e como isso é para o Serviço Social em específico para dimensionar as demandas advindas desses usuários num contexto interdisciplinar.

Para compreendermos as demandas que os pacientes em estado crítico requisitam ao assistente social, o Ministério da Saúde (2011) assim o conceitua:

(...) o paciente crítico/grave 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.

Nessa mesma direção, o Portal da Educação (2013) aborda que paciente grave/crítico é aquele que apresenta instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, devido às alterações agudas ou agudizadas, que ameaçam sua vida e que quando este se encontra internado numa UTI, mantém-se numa situação de estresse em que suas necessidades básicas são afetadas.

Conforme Lino e Calil (2008), enfermeiras hospitalares, aduziram em “*O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão*” que pacientes graves se configuram como os que, com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto-regulação, necessitando substituição artificial de funções e assistência contínua; e pacientes graves, que apresentam estabilidade clínica, com potencial risco de agravamento do quadro e que necessita de cuidados contínuos. O paciente com demanda de Cuidados Críticos/Intensivos também é reconhecido como grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

No decorrer das investigações o ponto que salta à observação é que o paciente em estado crítico é o cidadão de direitos em âmbito legal, mas como dificuldades para que haja a efetivação desses direitos na esfera cotidiana, sempre atravessada pelas contradições do capital no âmbito da questão social. Esse cidadão, por muitas vezes, têm com o direito formal legítimo, porém não consegue ser efetivado na prática. Ainda, diante de uma situação de adoecimento esse cidadão se vê impossibilitado de responder por seus atos civis, gerenciar sua vida financeira e psicológica agravando suas limitações.

Fazendo parte das observações no olhar do Serviço Social, entendeu-se que “paciente” em estado crítico vai além da condição do soma enfermo. Há outras situações que encaixam a condição humana como “cidadão em estado crítico”. Para o Serviço Social a pessoa é o cidadão, entendida como ser social e situações como a de vítima de violência doméstica ou sexual, a criança, o idoso, pessoa em situação de rua, entre outras sequelas derivadas da questão social, são os subprodutos do sofrimento humano que merecem uma atenção especial considerando a vulnerabilidade que essa população apresenta. Nesse sentido, o Serviço Social vai contemplar a intervenção com uma complexidade maior. Por um lado, a fragilidade da pessoa orgânica, no que se refere a sua saúde somática, e por outro lado, a vulnerabilidade advinda das instâncias da totalidade que são reflexos deletérios da questão social. Difícil perceber e objetivar isso, pois há uma invisibilidade por parte de outros profissionais da saúde quanto à dimensão social, tão complexa quanto à dimensão orgânica. Percebe-se que há um reconhecimento quanto a essa esfera, mas não há o seu dimensionamento quanto seus reflexos para o cidadão em estado crítico.

Na vivência dos atendimentos perceberam-se variáveis que interferem na intervenção do Serviço Social. Inicialmente, as condições sociais deste cidadão estão entrecruzadas por situações de risco de morte ou em cuidados paliativos¹², nesta condição além de enfrentar um processo de adoecimento inesperado, ele se percebe diante de um emaranhado de preocupações e ansiedades devido a doença e do fato de estar isolado dos familiares por períodos indeterminados. Disso decorre, uma fragilidade em âmbito emocional, que reflete no próprio tratamento e nas correlações sociais da família.

No “complexo” que funde o atendimento, que lastreia a vida cotidiana, emerge o problema social da instabilidade econômica. Muitas vezes, este paciente é o provedor da família. Tal variável agrava a sua saúde física e psíquica, paralelamente, esta preocupação não é apenas do paciente que traz a família para o universo hospitalar as consequências das dificuldades econômico-sociais que foram geradas a partir do adoecimento do provedor.

É neste momento que o Serviço Social tem um papel importante, utilizando as mediações disponíveis nas políticas sociais, para mitigar a pressão que essa complexidade situacional acarreta para essa unidade complexa de intervenção. Percebe-se neste momento a importância do referencial marxiano, para o manejo da realidade pela abordagem da unidade na diversidade. Nos trabalhos de Lukács o desvendamento da realidade é atravessado “complexos de complexos”¹³. Embora, estejamos tratando do microsocial, esta unidade singular da realidade está atravessada pela ampla totalidade, sendo um fractal da realidade social.

No âmbito das políticas setoriais, percebeu-se a intervenção voltada para efetivação de direitos no acesso aos bens e serviços no que se refere à rede de saúde, aos programas de transferência de renda,¹⁴ ao acesso a serviço de proteção social e articulação com a rede que podem ser disponibilizados conforme a demanda o exigir.

¹² Art. 2º Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição. (Ministério da Saúde, Resolução Nº 41, DE 31 de Outubro de 2018).

¹³ Recomendo a leitura de Ontologia do Ser Social de LUKÁCS, 1981, para melhor compreensão. Lukács em sua obra traz que “a análise de cada complexo singular componente da sociedade, compreendida como complexo de complexos”. A peculiaridade de cada complexo "requer um estudo particular da sua gênese, do seu funcionamento e, - se for o caso - da perspectiva da sua extinção, para ser verdadeiramente conhecido na sua especificidade ontológica". LUKÁCS. (1981, p.225).

¹⁴ Para maior aprofundamento ver Política Nacional de Assistência Social (PNAS), 2004 e Orientações Técnicas sobre o PAIF- O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família- PAIF, segundo a

Conhecendo os cenários de vivência

Conforme acima descrito as três unidades de intervenção são os campos de observação e análise deste trabalho. As Unidades de Tratamento Intensivo devem atender às disposições da Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994, publicada no D.O nº 237, de 15 de dezembro de 1994. Quanto aos Serviços de Urgência e Emergência “Pronto Socorro” deve atender às disposições da Portaria nº 354, de 10 de março de 2014.

A assistente social na Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Terapia Coronariana e Pronto Socorro, atua no apoio ao cidadão usuário e aos familiares, no sentido de orientação dos direitos, na oferta do suporte social diante da complexidade das demandas e na construção do sujeito de direitos. As unidades possibilitam o atendimento individual ou do grupo familiar, contam cada uma com uma sala para atendimento. Na UTI Adulto quando há necessidade de atendimento multiprofissional, em determinadas situações, a sala se torna insuficiente, no que se refere a espaço físico, pois não comporta toda a equipe multiprofissional e os familiares (ex: A equipe é composta por uma assistente social, uma psicóloga e uma médica, e aproximadamente, até três familiares).

Na UTI Coronariana, o espaço permite o atendimento multiprofissional com um número maior de familiares, desde que o atendimento seja marcado fora do horário de visitas da unidade, a fim de preservar estranhamentos com os demais familiares de outros pacientes.

Foi implantada recentemente pela equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos e psicólogos) a “visita estendida”¹⁵ que tem o intuito de possibilitar a permanência de algum familiar junto do paciente internado na unidade, e este direito está sendo ofertado para todos os pacientes internados na UTI Adulto (especificamente na unidade II, as demais são liberados conforme a equipe percebe a necessidade do paciente), empoderando assim, o vínculo de confiança com a equipe multidisciplinar, propiciando um atendimento humanizado. Na UCO, a visita estendida está sendo implementada aos poucos, aos pacientes idosos que estão conscientes e orientados. Já no Pronto Socorro esta estratégia de

Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, 1ed, Brasília, 2012.

¹⁵ A implementação do dispositivo da PNH “Visita Aberta e Direito a Acompanhante” em vários hospitais do País tem demonstrado sua possibilidade e pertinência. As experiências de ampliação do horário de visita para todos os pacientes para 10 horas diárias, ou seja, de 10 ou 11 horas às 20 horas, não se esgotam em si mesmas, mas incitam a adoção de novas práticas de gestão para o acolhimento a familiares e à rede social dos pacientes. Em alguns hospitais, usa-se a determinação de visita ampliada. (Ministério da Saúde; Humaniza SUS, 2007, p.16).

intervenção não é possível de se realizar, haja vista a complexidade dos atendimentos da unidade e sua natureza pouco perene e imediata (referindo-se aqui mais em relação à sala de trauma e de emergência).

Em casos, de maior gravidade, pode haver flexibilidade de visita, ampliando assim, o número de visitantes com autorização da equipe de enfermagem e médica. Também, é disponibilizado pelo setor de Humanização do HC-UFU a capelania hospitalar, que é um dos recursos de humanização hospitalar, e fica à disposição da família caso necessitem, ou, da vontade da família, podem propiciar uma visita religiosa de sua crença, basta procurar o Serviço Social para que seja solicitada a visita do capelão hospitalar.

A faixa etária para atendimento na UTI Adulto, segundo o Ministério da Saúde (2011) é que atendam pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas. No HC-UFU, a idade para a internação é a partir de 13 anos, pois há uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. No entanto, com base nas observações de campo, percebeu-se que a UTI Adulto, não dispõe de ambiente adequado para um adolescente permanecer internado, devido o grau de sofrimento e intensidade de procedimentos de emergência que ele pode presenciar. Na UCO a faixa etária de internados se compõe de maiores de 18 anos, que tenham problemas cardíacos, enquanto o Pronto Socorro atende todas as idades.

Nota-se que devido à progressiva redução do quadro de assistentes sociais na instituição e propriamente nas unidades de UTI Adulto e PS HC-UFU, observou-se uma sobrecarga dos profissionais de referência, devido ao grande fluxo de intervenções, rotatividade de usuários, impedindo um melhor atendimento em função da pressão de demanda, situação observada na pesquisa de Vasconcelos (2002) e Santos (2015).

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. (CFESS, 2010, p.21).

Decorre desta situação que no período da residência, foi proposto pela equipe de assistentes sociais do PS HC-UFU a estratégia de visita no leito dos pacientes após 24 horas de internação. Porém, a proposta se tornou inviável devido ao exíguo quadro profissional, o

que compromete a qualidade do serviço prestado. Disso decorre que em muitas situações, os pacientes já tiveram informações pelo serviço médico da provável continuidade do seu atendimento. Porém como o hospital permanentemente está sobrecarregado de situações emergenciais (críticas) muitas dessas informações passadas não se concretizam gerando ansiedade e inseguranças no internado. O usuário em situação de vulnerabilidade se encontra em alto grau de sofrimento acentuando a precarização de sua saúde. O Serviço Social torna-se então a linha de frente, que recebe todo o impacto das expectativas não atendidas na unidade de saúde, considerando tais limitações do serviço hospitalares acima referidas. Diante disso, observa-se um aumento do estresse da equipe, face às limitações estruturais do serviço de saúde.

O quadro do Serviço Social na UTI Adulto é composto por uma assistente social, com carga horária de trabalho de 06 horas por dia, no período da manhã há um profissional para cobertura dos atendimentos emergenciais e demais unidades hospitalares, e conta com o residente de Serviço Social que fica exclusivo para atendimentos da UTI Adulto. No período da tarde, há um profissional de referência e a residente. A UCO se diferencia devido o profissional de referência ter o seu período de trabalho matutino em conjunto com a residente, e o turno vespertino haver um profissional para cobertura dos atendimentos emergenciais e demais unidades hospitalares. No PS há uma profissional de referência para o turno da manhã e outra para o da tarde e a residente nos dois períodos. E para o período noturno, finais de semana e feriado, há um assistente social plantonista que faz cobertura de todo o hospital.

Apresentação dos dados dos cenários de vivência:

***Tabela 1 Atendimentos Unidade de Terapia Intensiva de Adultos em análise**

Resumo da Frequência de Intervenções- mês ago/2019 ¹⁶	
a) Orientações/ Visita no Leito	88
b) Óbitos	19
c) Ligações Interurbanas e Locais	15
d) Casa de apoio	12
e) Alimentação	12
Total de Intervenções	146

Fonte: Autora Ago/2019/UTI /ADULTO.

*Em contato com o levantamento dos registros de controle interno de atendimentos do Serviço Social, conforme Tabela 1: Observou-se que geralmente a equipe não faz separações dos tipos de atendimentos, o que não permite quantificar a intervenção. Isso contribui para não visibilizar administrativamente importantes ações profissionais. Cada intervenção pode conter vários tipos de encaminhamentos, razão pela qual não é fácil identificar nos registros de controle de atendimentos de forma separada dos vários encaminhamentos realizados. No total de registro do mês de agosto contabilizou o total de 88 orientações e as demais intervenções aparecem destacadas nos registros internos do Serviço Social, conforme foram registradas no controle (Planilha em Excel) por isso foi possível contabilizá-las.

¹⁶ Dados extraídos de documentos da Coordenação Administrativa da Divisão de Serviço Social – DISES, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Tabela 1-2. Detalhamento da intervenção: Preceptor / Residente – UTI adulto;

Atendimentos Unidade de Terapia Intensiva de Adulto- Ago/2019. ¹⁷		
Atendimento	Intervenções sugeridas pela preceptora	Sugestão residente
1. Visita no leito ¹⁸ (a)	1. Acolhimento social: o acolhimento é autoapresentação do profissional aos familiares e/ou paciente;	1. Acolhimento Social: Sugere-se que no momento do acolhimento seja feito esclarecimentos: Explicar ao familiar e ao paciente, que o acolhimento propõe aproximar a família da equipe multiprofissional, essencial para a integração do atendimento hospitalar humanizado. Criar vínculo com os familiares;
	1.2. Entrevista social: orientação verbal dos passos (não há roteiro padrão do Serviço Social das questões a serem abordadas), para conhecer o contexto familiar, como, com quem o paciente reside, o estado civil, se têm filhos, e telefones de contato.	1.2. Entrevista Social: Sugere-se haver um roteiro padrão do Serviço Social e fazer a conferência do nome completo e data de nascimento com o paciente ou familiar, a fim de evitar troca de dados dos pacientes. Formular questionário padrão com a equipe de Serviço Social para evitar questões importantes serem perdidas.
	1.3 Orientações se necessário: As orientações são para que os usuários acessem seus direitos e são elas no caso de acidente de trânsito orientar sobre o DPVAT, em caso de acidente de trabalho orientar sobre o auxílio-doença e	1.3 Orientações se necessário: Sugere-se orientar sobre normas e rotinas da unidade, a fim de amenizar angústia do isolamento do paciente, quando possível, e aos familiares para evitar

¹⁷ Dados extraídos de documentos da Coordenação Administrativa da Divisão de Serviço Social – DISES, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

¹⁸ Para a autora entendeu-se sugerir uma nomenclatura mais próxima com o trabalho do assistente social. Assim ponderou-se que a visita é **realizada no leito** (grifo da autora). A expressão à “beira leito” traz uma configuração de natureza médica e da relação clínica com o paciente. Para o assistente social, o leito é uma das dimensões da totalidade, um complexo que engloba espacialmente o enfermo, e o seu contexto pessoal e social, os familiares presentes ou não, as dimensões subjetivas que atravessam o paciente e a equipe interdisciplinar. Logo, a percepção do Serviço Social sugeriu a diferenciação de nomenclatura por ser uma visão do ocorre **no leito** com todas as referidas dimensões interligadas, razão pela qual se optou por modificar esse detalhe identificativo;

Está se fazendo um contraponto com a referência do serviço social importado da área médica, no entanto, a compreensão de totalidade, permite sugerir a mudança de nomenclatura para o campo próprio de nossa base de intervenção.

1. Visita no leito (a)	abertura de CAT pela empresa, em caso do usuário ser contribuinte do INSS; orientar quanto BPC; se adolescentes de 13 a 17 anos orientação da permanência em tempo integral de um responsável de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); encaminhamento para casa de apoio, quando for o caso. 1.4 Solicitar contatos telefônicos: devemos comunicar ao familiar que a instituição pode entrar em contato com eles a qualquer momento a pedido da equipe multidisciplinar (especialmente médica), e serve para atualizar o cadastro de contatos telefônicos dos familiares; 1.5 Disponibilizar o Serviço Social para o paciente e família: Informar ao paciente (quando esse estiver consciente) e/ou familiar que durante o período de internação estamos à disposição para ajudá-los. 1.6 Registros de prontuário eletrônico e de papel: registro das informações no prontuário de papel “casinho” que fica arquivado no Serviço Social e serve para outra/o profissional dar continuidade ao atendimento nos caso do plantão e/ou transferência para outra unidade e cobertura de setor por outra assistente social;	conflitos entre familiares/equipe. 1.4 Solicitar contatos telefônicos: manter a conduta da preceptora; 1.5 Disponibilizar o Serviço Social para o paciente e família: Sugere-se detalhar a forma de o Serviço Social pode estar à disposição como informar ao usuário e familiares como ele pode acionar a assistente social, como ele deverá solicitar a equipe de enfermagem, médica, secretarias da UTI Adulto e/ou procurar o Serviço Social hospitalar). Informar ao paciente e/ou familiar o horário de trabalho (24h), ramais da clínica e Serviço Social. Entregar essas orientações por escrito; 1.6 Registros de prontuário eletrônico e de papel: Sugere-se trabalhar com registro informatizado na rede hospitalar e em um espaço eletrônico particular da equipe.
Fonte: Autora 2020.		

*Não foi possível formatar a tabela 1-2, pagina 24, conforme as demais.

Tabela 1-2. Detalhamento da intervenção: Preceptor / Residente – UTI adulto, continuação.

Atendimentos Unidade de Terapia Intensiva de Adulto- Ago/2019.		
Atendimento	Intervenções sugeridas pela preceptora	Sugestão residente
2. Óbito (b)	2. Entrar em contato com um familiar/responsável e solicitar a presença na instituição;	2. Seguir a conduta da preceptora.
	2.1 Orientar os familiares sobre as documentações necessárias que são: Certidão de nascimento quando solteiro; Certidão de Casamento quando casado, viúvo ou divorciado; ou contrato de união estável. Comprovante de residência (conta de água ou luz) Em caso de recém-nascido que ainda não foi registrado trazer os documentos dos pais. Em caso de morte súbita e/ou violenta (acidente, arma de fogo, arma branca, entre outros) a necropsia é obrigatória. Devendo orientar os familiares sobre a retirada de guia de necropsia na Delegacia do Umuarama. Após os familiares reunirem a documentação necessária retornarem ao hospital de clínicas e levar no setor de alta e óbito. Será fornecida a Declaração de óbito pelo setor.	2.1 Orientar os familiares: Seguir a conduta da preceptora.
	2.2 Orientar quanto ao sepultamento: que deverá procurar a funerária onde tem convênio ou procurar a funerária de sua escolha. No caso do sepultamento social para carentes e indigentes, o setor de óbito do hospital informará a funerária de plantão, que deverá ser procurada. E por fim, levar a Declaração de Óbito ao Cartório de Registro Civil da cidade de origem do paciente.	2.2 Seguir a conduta da preceptora; Sugere-se orientar os familiares sobre levar à funerária a roupa para o sepultamento e comprovante de residência.
	2.3 Entregar por escrito essas orientações ao familiar;	2.3 Seguir a conduta da preceptora;
	2.4 Encaminhar os familiares ao setor de óbito do hospital;	2.4 Seguir a conduta da preceptora; 2.5 Sugere-se realizar o preenchimento do atendimento em prontuário eletrônico; e em espaço eletrônico particular da equipe.

3. Ligações Locais (c)	3. Empréstimo do telefone do setor do Serviço Social para o acompanhante realizar contato com um familiar ou para alguma outra necessidade referente ao paciente, de forma breve.	3. Seguir a realização da preceptora.
	3.1 A secretaria do Serviço Social quem faz a ligação;	3.1 A secretaria do Serviço Social: Sugere-se caso a assistente social não esteja sobrecarregada, acompanhar o processo da ligação , a fim de captar por meio da observação dados importantes, pois a família está sob intenso estresse, em muitos casos. 3.2 Sugere-se realizar o preenchimento do atendimento em prontuário eletrônico, uma vez, que é registrado somente em prontuário manual; e em espaço eletrônico particular da equipe.
4. Casa de Apoio (d)	4. Identificar a origem (cidade) do acompanhante;	4. Seguir a conduta da preceptora.
	4.1 Entrar em contato com a casa de apoio a fim de saber a disponibilidade da vaga;	4.1. Seguir a conduta da preceptora
	4.2 Se sim, realizar o encaminhamento manual com o preenchimento do documento de RG do acompanhante e realizar as orientações da localização da casa para que o acompanhante consiga se hospedar;	4.2 Se sim, seguir a conduta da preceptora; Sugere-se elaborar um Encaminhamento eletrônico conjuntamente com o Serviço Social, e suporte da equipe de TI hospitalar;
	4.3 Não tendo a vaga, o acompanhante deverá permanecer no hospital até a disponibilidade. Se esse tiver condições financeiras se hospedar em pensões próximas a instituição que oferecem descontos a estes acompanhantes até o surgimento da vaga; e o acompanhante deve ir até o Serviço Social todos os dias para saber se tem ou não a vaga;	4.3 Não tendo a vaga, sugere-se entrar em contato com a casa de apoio diariamente, a fim de garantir a hospedagem do acompanhante. E, realizar o encaminhamento, assim, que houver o surgimento da vaga. 4.4. Sugere-se realizar o preenchimento do atendimento em prontuário eletrônico; e em espaço eletrônico particular da equipe.

5. Alimentos (e)	5. Entrada de alimentos externos dentro da unidade: Encaminhar os familiares ao setor de nutrição para liberação ou restrição.	5. Entrada de alimentos externos dentro da unidade: Seguir a conduta da preceptora;
Fonte: Autora 2019		

Apresentação dos dados da Unidade de Terapia Intensiva Coronariana:

Tabela 2 Atendimentos Unidade de Terapia Intensiva Coronariana em análise

Resumo da Frequência de Intervenções - mês dez/2019 ¹⁹	
f) Orientações/ Visita no Leito	46
g) Óbitos	03
h) Ligações Locais	03
i) Casa de apoio	07
j) Alta	07
k) Flexibilização	01
Total de Intervenções	67

Fonte: Autora Dez/2019/UCO

¹⁹ Dados extraídos de documentos da Coordenação Administrativa da Divisão de Serviço Social – DISES, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Tabela 2.1- Detalhamento da intervenção: Preceptor / Residente Unidade de Terapia Intensiva Coronariana;

Atendimentos Unidade de Terapia Intensiva Coronariana - Dez/2019 ²⁰		
Atendimento	Intervenções sugeridas pela preceptora	Sugestão residente
1. Visita no leito/orientações (f)	1. Acolhimento social: o acolhimento é autoapresentação do profissional aos familiares e/ou paciente;	1. Acolhimento Social: Sugere-se que no momento do acolhimento seja feito esclarecimentos como: - Explicar ao familiar e ao paciente, que o acolhimento propõe aproximar a família da equipe multiprofissional, essencial para a integração do atendimento hospitalar humanizado. Criar vínculo com os familiares;
	1.2. Entrevista social: orientação verbal dos passos (não há roteiro padrão do Serviço Social das questões a serem abordadas), para conhecer o contexto familiar, como, com quem o paciente reside, o estado civil, se tem filhos, e telefones de contato.	1.2. Entrevista Social: Sugere-se (criar roteiro padrão do Serviço Social das questões a serem abordadas) fazer a conferência do nome completo e data de nascimento com o paciente ou familiar, a fim de evitar troca de dados dos pacientes. Formular questionário padrão com a equipe de Serviço Social para evitar questões importantes serem perdidas.
	1.3 Orientações se necessário: As orientações são para que os usuários acessem seus direitos e são elas no caso de acidente de trânsito orientar sobre o DPVAT, em caso de acidente de trabalho orientar sobre o auxílio-doença e abertura de CAT pela empresa, em caso do usuário ser contribuinte do INSS; orientar quanto BPC; se adolescentes de 13 a 17 anos orientação da permanência em tempo integral de um responsável de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); encaminhamento para casa de apoio, quando for o caso.	1.3 Orientações se necessário – Sugere-se orientar sobre normas e rotinas da unidade, a fim de amenizar angústia do isolamento do paciente, quando possível, e aos familiares para evitar conflitos entre familiares/equipe;

²⁰ Dados extraídos de documentos da Coordenação Administrativa da Divisão de Serviço Social – DISES, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

1. Visita no leito/orientações (f)	1.4 Solicitar contatos telefônicos: devemos comunicar ao familiar que a instituição pode entrar em contato com eles a qualquer momento a pedido da equipe multidisciplinar (especialmente médica), e serve para atualizar o cadastro de contatos telefônicos dos familiares;	1.4 Solicitar contatos telefônicos: manter a conduta da preceptora;
	1.5 Disponibilizar o Serviço Social para o paciente e família: Informar ao paciente (quando esse estiver consciente) e/ou familiar que durante o período de internação estamos à disposição para ajudá-los.	1.5 Disponibilizar o Serviço Social para o paciente e família: Sugere-se detalhar a forma de o Serviço Social estar à disposição como informar ao usuário e familiares como ele pode acionar a assistente social, ele deverá solicitar a equipe de enfermagem, médica, secretarias da UTI Adulto e/ou procurar o Serviço Social hospitalar). Informar ao paciente e/ou familiar o horário de trabalho (24h), ramais da clínica. Entregar essas orientações por escrito.
	1.6 Registros de prontuário eletrônico e de papel – registrar as informações no prontuário de papel “casinho” que fica arquivado no Serviço Social e serve para outra/o profissional dar continuidade ao atendimento nos caso do plantão e/ou transferência para outra unidade e cobertura de setor por outra assistente social;	1.6 Registros de prontuário eletrônico e de papel. Sugere-se trabalhar com formulários informatizados.
2. Óbito (g)	2. Entrar em contato com um familiar/responsável e solicitar a presença na instituição;	2. Seguir a realização da preceptora.

2. Óbito (g)	2.1 Orientar os familiares sobre as documentações necessárias que são: Certidão de nascimento quando solteiro; Certidão de Casamento quando casado, viúvo ou divorciado; ou contrato de união estável. Comprovante de residência (conta de água ou luz) Em caso de recém-nascido que ainda não foi registrado trazer os documentos dos pais. Em caso de morte súbita e/ou violenta (acidente, arma de fogo, arma branca, entre outros) a necropsia é obrigatória. Devendo orientar os familiares sobre a retirada de guia de necropsia na Delegacia do Umuarama. Após os familiares reunirem a documentação necessária retornarem ao hospital de clínicas e levar no setor de alta e óbito. Será fornecida a Declaração de óbito pelo setor.	2.1 Realizar orientações aos familiares Sugere-se após a comunicação do óbito pelo médico. Dentro de o possível criar vínculo com os familiares/responsável (através do acompanhamento diário e não somente no dia do acolhimento e no dia da comunicação do óbito) para que esse momento se torne humanizado, implicando uma presença junto o usuário e familiares.
	2.2 Orientar quanto ao sepultamento: que deverá procurar a funerária onde tem convênio ou procurar a funerária de sua escolha. No caso do sepultamento social para carentes e indigentes, o setor de óbito do hospital informará a funerária de plantão, que deverá ser procurada. E por fim, levar a Declaração de Óbito ao Cartório de Registro Civil da cidade de origem do paciente.	2.2 Seguir a conduta da preceptora; Sugere-se orientar os familiares sobre o que precisam levar a funerária como a roupa para o sepultamento e comprovante de residência.
	2.3 Entregar por escrito essas orientações ao familiar.	2.3 Seguir a conduta da preceptora;
	2.4 Encaminhar os familiares ao setor de óbito do hospital;	2.4 Encaminhar os familiares ao setor de óbito do hospital; 2.5 Sugere-se realizar o preenchimento do atendimento em prontuário eletrônico;
3. Ligações Locais (h)	3. Empréstimo do telefone do setor do Serviço Social para o acompanhante realizar contato com um familiar ou para alguma outra necessidade referente ao paciente, de forma breve.	3. Seguir a realização da preceptora.

3. Ligações Locais (h)	3.1 A secretaria do Serviço Social quem faz a ligação;	3.1 A secretaria do Serviço Social: Sugere-se em caso da assistente social não está sobrecarregado acompanhar o processo da ligação, a fim de observação participante. 3.2 Sugere-se realizar o preenchimento do atendimento em prontuário eletrônico, uma vez, que é registrado somente em prontuário manual;
4. Casa de apoio (i)	4. Identificar a origem (cidade) do acompanhante;	4. Seguir a conduta da preceptora.
	4.1 Entrar em contato com a casa de apoio a fim de saber a disponibilidade da vaga;	4.1. Seguir a conduta da preceptora
	4.2 Se sim, realizar o encaminhamento manual com o preenchimento do documento de RG do acompanhante e realizar as orientações da localização da casa para que o acompanhante consiga se hospedar;	4.2 Se sim, seguir a conduta da preceptora; Sugere-se elaborar um encaminhamento eletrônico conjuntamente com o Serviço Social, e a equipe de TI hospitalar;
	4.3 Não tendo a vaga, o acompanhante deverá permanecer no hospital até a disponibilidade. Se esse tiver condições financeiras se hospedar em pensões próximas ao hospital que oferecem descontos a estes acompanhantes até o surgimento da vaga; e o acompanhante deve ir até o Serviço Social todos os dias para saber se tem ou não a vaga;	4.3 Não tendo a vaga, sugere-se entrar em contato com a casa de apoio diariamente, a fim de garantir a hospedagem do acompanhante. E, realizar o encaminhamento, assim, que houver o surgimento da vaga 4.4. Sugere-se realizar o preenchimento do atendimento em prontuário eletrônico;
5. Alta (j)	5. Entrar em contato com os familiares informando a alta para o domicílio. Objetivar a presença de um familiar para acompanhar o paciente e trazer os pertences pessoais como roupas e chinelo. E, solicitar transporte para outro município quando fora de Uberlândia-MG;	5. Seguir a conduta da preceptora;
6. Flexibilização (k)	6. Acolhimento social com o acompanhante, identificar os motivos e verificar se há a possibilidade de autorização para liberação de entrada fora dos horários preestabelecidos;	6. Seguir a conduta da preceptora;
	6.1. Preenchimento da autorização manual e solicitar que o familiar	6.1 Sugere-se após a autorização de flexibilização entrar em contato com a

6. Flexibilização (k)	entregue a portaria do hospital.	equipe de enfermagem e com equipe da portaria para comunicação da autorização;
		6.2 Sugere-se Tentar produzir juntamente com a instituição um modelo informatizado de autorizações eletrônicas; 6.3 Sugere-se Registrar intervenção em prontuário eletrônico;
Fonte: Autora 2019.		

Apresentação dos dados do Pronto Socorro:

Tabela 3. Atendimentos Unidade de Pronto Socorro em análise

Resumo da Frequência de Intervenções - mês de maio/2019 ²¹	
l) Visita no Leito	333
m) Óbitos	21
n) Casa de apoio	23
o) Alta/transporte	97
p) Flexibilização	11
q) Transferência Hospitalar	01
Total de Intervenções	490

Fonte: Autora Maio/2019/PS.

²¹ Dados extraídos de documentos da Coordenação Administrativa da Divisão de Serviço Social – DISES, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Tabela 3.1- Detalhamento da intervenção: Preceptor / Residente Unidade de Pronto Socorro

Atendimentos Unidade de Unidade de Pronto Socorro- mai/2019 ²²		
Atendimento	Intervenções sugeridas pela preceptora	Sugestão residente
1. Visita no leito/orientações (I)	1. Acolhimento social: o acolhimento é autoapresentação do profissional aos familiares e/ou paciente;	1. Acolhimento Social: Sugere-se que no momento do acolhimento seja feito esclarecimentos como: - Explicar ao familiar e ao paciente, que o acolhimento propõe aproximar a família da equipe multiprofissional, essencial para a integração do atendimento hospitalar humanizado. Criar vínculo com os familiares;
	1.2. Entrevista social: orientação verbal dos passos (não há roteiro padrão do Serviço Social das questões a serem abordadas), para conhecer o contexto familiar, como, com quem o paciente reside, o estado civil, se tem filhos, e telefones de contato.	1.2. Entrevista Social: Sugere-se (criar roteiro padrão do Serviço Social das questões a serem abordadas) fazer a conferência do nome completo e data de nascimento com o paciente ou familiar, a fim de evitar troca de dados dos pacientes. Formular questionário padrão com a equipe de Serviço Social para evitar questões importantes serem perdidas.
	1.3 Orientações se necessário: As orientações são para que os usuários acessem seus direitos e são elas no caso de acidente de trânsito orientar sobre o DPVAT, em caso de acidente de trabalho orientar sobre o auxílio-doença e abertura de CAT pela empresa, em caso do usuário ser contribuinte do INSS; orientar quanto BPC; se adolescentes de 13 a 17 anos orientação da permanência em tempo integral de um responsável de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); encaminhamento para casa de apoio, quando for o caso.	1.3 Orientações se necessário – Sugere-se orientar sobre normas e rotinas da unidade, a fim de amenizar angústia do isolamento do paciente, quando possível, e aos familiares para evitar conflitos entre familiares/equipe;

²² Dados extraídos de documentos da Coordenação Administrativa da Divisão de Serviço Social – DISES, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

1. Visita no leito/orientações (l)	1.4 Solicitar contatos telefônicos: devemos comunicar ao familiar que a instituição pode entrar em contato com eles a qualquer momento a pedido da equipe multidisciplinar (especialmente médica), e serve para atualizar o cadastro de contatos telefônicos dos familiares;	1.4 Solicitar contatos telefônicos: manter a conduta da preceptora;
	1.5 Disponibilizar o Serviço Social para o paciente e família: Informar ao paciente (quando esse estiver consciente) e/ou familiar que durante o período de internação estamos à disposição para ajudá-los.	1.5 Disponibilizar o Serviço Social para o paciente e família: Sugere-se detalhar a forma de o Serviço Social estar à disposição como informar ao usuário e familiares como ele pode acionar a assistente social, ele deverá solicitar a equipe de enfermagem, médica, secretarias da UTI Adulto e/ou procurar o Serviço Social hospitalar). Informar ao paciente e/ou familiar o horário de trabalho (24h), ramais da clínica. Entregar essas orientações por escrito.
	1.6 Registros de prontuário eletrônico e de papel – registrar as informações no prontuário de papel “casinho” que fica arquivado no serviço social e serve para outra profissional dar continuidade ao atendimento nos caso do plantão e/ou transferência para outra unidade e cobertura de setor por outra assistente social;	1.6 Registros de prontuário eletrônico e de papel. Sugere-se trabalhar com formulários informatizados.
2. Óbito (m)	2. Entrar em contato com um familiar/responsável e solicitar a presença na instituição;	2. Seguir a realização da preceptora.

2. Óbito (m)	2.1 Orientar os familiares sobre as documentações necessárias que são: Certidão de nascimento quando solteiro; Certidão de Casamento quando casado, viúvo ou divorciado; ou contrato de união estável. Comprovante de residência (conta de água ou luz) Em caso de recém-nascido que ainda não foi registrado trazer os documentos dos pais. Em caso de morte súbita e/ou violenta (acidente, arma de fogo, arma branca, entre outros) a necropsia é obrigatória. Devendo orientar os familiares sobre a retirada de guia de necropsia na Delegacia do Umuarama. Após os familiares reunirem a documentação necessária retornarem ao hospital de clínicas e levar no setor de alta e óbito. Será fornecida a Declaração de óbito pelo setor.	2.1 Realizar orientações aos familiares Sugere-se após a comunicação do óbito pelo médico. Dentro de o possível criar vínculo com os familiares/responsável (através do acompanhamento diário e não somente no dia do acolhimento e no dia da comunicação do óbito) para que esse momento se torne humanizado, implicando uma presença junto o usuário e familiares.
	2.2 Orientar quanto ao sepultamento: que deverá procurar a funerária onde tem convênio ou procurar a funerária de sua escolha. No caso do sepultamento social para carentes e indigentes, o setor de óbito do hospital informará a funerária de plantão, que deverá ser procurada. E por fim, levar a Declaração de Óbito ao Cartório de Registro Civil da cidade de origem do paciente.	2.2 Seguir a conduta da preceptora; Sugere-se orientar os familiares sobre o que precisam levar a funerária como a roupa para o sepultamento e comprovante de residência.
	2.3 Entregar por escrito essas orientações ao familiar.	2.3 Seguir a conduta da preceptora;
	2.4 Encaminhar os familiares ao setor de óbito do hospital;	2.4 Encaminhar os familiares ao setor de óbito do hospital; 2.5 Sugere-se realizar o preenchimento do atendimento em prontuário eletrônico;
3. Casa de apoio (n)	3. Identificar a origem (cidade) do acompanhante;	3. Seguir a conduta da preceptora.
	3.1 Entrar em contato com a casa de apoio a fim de saber a disponibilidade da vaga;	3.1. Seguir a conduta da preceptora

3. Casa de apoio (n)	3.2 Se sim, realizar o encaminhamento manual com o preenchimento do documento de RG do acompanhante e realizar as orientações da localização da casa para que o acompanhante consiga se hospedar;	3.2 Se sim, seguir a conduta da preceptora; Sugere-se elaborar um encaminhamento eletrônico conjuntamente com o Serviço Social, e a equipe de TI hospitalar;
	3.3 Não tendo a vaga , o acompanhante deverá permanecer no hospital até a disponibilidade. Se esse tiver condições financeiras se hospedar em pensões próximas ao hospital que oferecem descontos a estes acompanhantes até o surgimento da vaga; e o acompanhante deve ir até o Serviço Social todos os dias para saber se tem ou não a vaga;	3.3 Não tendo a vaga, sugere-se entrar em contato com a casa de apoio diariamente, a fim de garantir a hospedagem do acompanhante. E, realizar o encaminhamento, assim, que houver o surgimento da vaga. 3.4. Sugere-se realizar o preenchimento do atendimento em prontuário eletrônico;
4. Alta/transporte (o)	4. Entrar em contato com os familiares informando a alta para o domicílio. Objetivar a presença de um familiar para acompanhar o paciente e trazer os pertences pessoais como roupas e chinelo. E, solicitar transporte para outro município quando fora de Uberlândia-MG;	4. Seguir a conduta da preceptora;
5. Flexibilização (p)	5. Acolhimento social com o acompanhante, identificar os motivos e verificar se há a possibilidade de autorização para liberação de entrada fora dos horários preestabelecidos;	5.1 Elaborar um conjunto de pontos básicos e fundamentais para a entrevista social elaborado pelo Serviço Social para evitar perda de pontos importantes.
	5.1. Preenchimento da autorização manual e solicitar que o familiar entregue a portaria do hospital.	5.1 Sugere-se após a autorização de flexibilização entrar em contato com a equipe de enfermagem e com equipe da portaria para comunicação da autorização;
		5.2 Sugere-se Tentar produzir juntamente com a instituição um modelo informatizado de autorizações eletrônicas; 5.3 Sugere-se Registrar intervenção em prontuário eletrônico;
6. Transferência Hospitalar (q)	6. Orientam-se os familiares , que eles deverão solicitar a vaga na instituição desejada. Organizar o transporte adequado com o quadro clínico de saúde	6. Orientam-se os familiares: Seguir a conduta da preceptora;

	do usuário. Deverá solicitar aos familiares do usuário que procurem a equipe médica responsável para repassar o quadro clínico do paciente a equipe médica da instituição em que ocorrerá a transferência, a fim de verificar a possibilidade de transferência hospitalar; Repassar o caso para a chefia de turno do PS;	
Fonte: Autora 2019.		

Considerações finais

A Residência Multiprofissional é um processo de especialização em serviço, um campo fértil de aprendizado, de troca de experiências e integração com as diversas profissões que compõem o rol da saúde.

Assim, foi perceptível a intensa atividade do trabalho da residente diante da redução progressiva do quadro funcional, pois, se as ações profissionais ficarem por fazer, vários usuários podem ficar prejudicados, é visível o desgaste emocional da equipe de assistentes sociais devido a pressão institucional para respostas dos demandatários e as inseguranças geradas com a mudança da direção hospitalar.

A contribuição da residente dentro das unidades de saúde tem sido decisiva tanto pela equipe multidisciplinar que busca cada vez mais interagir com o residente quanto pelo cidadão usuário. Silva (et al. 2015), em seu artigo, “Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional” traz em um de seus resultados o reconhecimento do trabalho do residente pelo usuário. Segundo a autora (2015, p.135), “os sujeitos desvelaram aceitação e reconhecimento dos pacientes aos profissionais e aos atendimentos. Eles sentem-se valorizados e reconhecidos quando os usuários admitiram ter satisfação com a assistência prestada, e reconhecem seu papel”.

A experiência como residente sinaliza a importância da interdisciplinaridade efetivada no âmbito das ações de saúde. Percebeu-se a presença de conflitos quanto à

efetivação dessa prática entre os profissionais de saúde, nesse sentido observou-se a resistência dos médicos no compartilhamento das decisões coletivas quanto à assistência do cuidado o que tradicionalmente sintoniza com as posições conservadoras do ato médico.

Destarte, outro caminho a ser desbravado é a estruturação da equipe interna do hospital para o acolhimento das ações de ensino e trabalho. O HC-UFU é um hospital escola, e conforme a legislação prevê os técnicos administrativos possuem a incumbência de colaborar nos processos de ensino em trabalho. Ainda percebeu-se como entre outras instâncias de atuação do Serviço Social posicionamentos conservadores em dissintonia com o projeto ético político.

Na análise do quadro sinótico, pode-se observar que as três unidades apresentam intervenções semelhantes, e a resposta é padrão por parte da maioria das assistentes sociais. No entanto, cabe atender o aspecto singular de cada situação, ao mesmo tempo, que, guiado por um procedimento padrão, preservando o aspecto dialético da intervenção. Seguem algumas sugestões detalhadas em relação ao processo vivido pela residente:

A visita no leito objetivando ao acolhimento social e orientações pertinentes: Dentro do possível, a assistente social deve procurar criar vínculo com os familiares/responsável por meio do acompanhamento sistemático para que esse momento se torne humanizado, implicando uma presença junto ao usuário e familiares. E não somente, no dia do acolhimento e/ou no dia do acompanhamento da comunicação do óbito, por exemplo. Essa é uma situação comumente presenciada na UTI Adulto e alguns casos no PS²³. Não obstante, no decorrer da residência percebeu-se que os familiares associam a assistente social com a comunicação de “más notícias”, como a comunicação do óbito. Fator esse, que deve ser trabalhado com a equipe de assistentes sociais, na perspectiva de orientar o cidadão usuário as atribuições da assistente social na unidade de saúde. Foi observado no trabalho de Santos (2015), ex-residente do programa, as intervenções a seguir: “atividades de acolhimento aos pacientes e familiares, como atividades técnicas operativas que fazem parte das condições subjetivas de trabalho; as vistas de leitos nas enfermarias, em que é realizada a entrevista para a coleta de informações referentes a dados pessoais do paciente, data da internação, atualização de endereços e telefones, contatos de familiares, situação

²³ Em relação ao campo Pronto Socorro, cabe uma ressalva no caso de atendimentos emergenciais, e urgência com menos de 24 horas de internação e alta rotatividade que impedirão um atendimento mais sistemático com pouca possibilidade de estabelecimento de vínculo humanizado;

profissional, motivo da internação e procedência do usuário.” (SANTOS, 2015, p.15). O que se percebe é que, o roteiro da entrevista desde 2015 é o mesmo, ou seja, continua mantendo os padrões de intervenção. Conforme temos visto na literatura de Serviço Social o emprego das mediações possibilita visualizar os aspectos da realidade, em permanente mudança, e consequentemente as transformações necessárias para qualificar o instrumento do acolhimento social. Ressalta-se que, o ritmo de trabalho intenso, o crescimento da demanda numa política de saúde que não prioriza uma saúde preventiva, reduções sistemáticas de investimentos e redução do quadro profissional contribuirão para que não se avance na qualidade da intervenção.

É fundamental para a equipe definir um Projeto de trabalho coletivo, para as três unidades analisadas, para facilitar a gestão do processo de trabalho no âmbito da visibilidade do trabalho da assistente social e consequentemente, a perda de informações importantes sobre a situação sócio-histórica e econômica do cidadão. Decorre disso, uma dificuldade para a devolutiva de informações esclarecedoras aos internados bem como, aos próprios membros da equipe. Sendo importante e vital encontrar um espaço para planejamento das ações, aspecto sinalizado por Santos (2015, p.33):

Destaca-se a importância do planejamento e a sistematização das ações do assistente social como alternativa para se romper com a imediatez do cotidiano. Salienta-se a importância da capacitação profissional como também a necessidade de capacitação da equipe multidisciplinar do pronto socorro, com o objetivo de obter uma resposta em relação ao trabalho desenvolvido como também oferecer aos usuários retorno humanizado logo, qualificado, atendendo suas reais necessidades.

O instrumento da orientação social tem uma dimensão política (ético-político), além de ser prerrogativa do trabalho profissional (técnico-operativo). Nesse sentido, torna-se um caminho fundamental para o processo de construção do cidadão de direitos (teórico-metodológico). Assim, a orientação deve-se tornar educativa para o usuário. Nessa linha, é preciso desmistificar para a população usuária do SUS que o atendimento ofertado tem um custo financiado pelos impostos públicos. Na vivência da residência, notou-se muitas vezes, que o usuário abre mão dos seus direitos, por desconhecê-los ao contentar com o que recebe nas unidades de saúde, após longos períodos de indigência e abandono pelo Estado. É comum ouvir frases como esta: “está bom demais por ser de graça”. É necessário amadurecer a percepção de que a saúde é um direito de todos e dever do estado de acordo com a Constituição Federal de 1988. Visto por esse ângulo é urgente, que os assistentes

sociais traçam metas de trabalho sintonizadas com o previsto no Código de Ética e no Projeto Ético Político do Serviço Social.

Torna-se fundamental no que se refere às rotinas da gestão de trabalho a operacionalização dos registros profissionais exclusivamente em prontuário eletrônico para otimizar o tempo face ao volume de trabalho nas unidades, evitando o retrabalho com a utilização de registros manuais.

Quanto às possibilidades visualizadas na residência, percebeu-se a riqueza do aprimoramento intelectual por meio do processo de especialização em *stricto sensu* oferecido. O conhecimento interdisciplinar das outras profissões no trabalho multiprofissional e a interação delas decorrente.

A experiência vivida na residência trouxe na minha formação o que tentei expressar nessa frase: “Ser assistente social é estar em luta cotidiana, é ter persistência, é ser resistência”.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Lei de Diretrizes Curriculares**. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 08 de novembro de 1996. Rio de Janeiro, novembro de 1996.

BRASIL. **Cuidados Paliativos**. Disponível em: http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 19 de dezembro de 2019.

_____. Portaria Interministerial n.45/2007 – **institui diretrizes para o credenciamento de programas e determina a composição da CNRMS** destaca-se que a Portaria Interministerial nº 45/2007 (atualmente revogada pela Revogada pela Portaria Interministerial nº 1.077/09).

_____. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 – **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde** e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

_____. Ministério da Educação (MEC). RESOLUÇÃO Nº 2, DE 04 DE MAIO DE 2010. **Comissão nacional de residência multiprofissional em saúde**. Diário Oficial da União, nº 84 Seção 1 – p. 13. Brasília, 08 novembro de 2019.

_____. **Resolução da comissão nacional de residência multiprofissional em saúde - CNRMS Nº 2 DE 13 de abril de 2012**. Diário Oficial da União. Brasília, 08 novembro de 2019.

BRAVO, M. I. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez, 2007.

BERTOLDO, Edna; ACCIOLY, Luciano; LEMOS Moreira; JIMENEZ, Susana (organizadores). **Trabalho, educação e formação humana frente à necessidade história da revolução**. São Paulo: Instituto Lukács. 2012.239p.

CEARÁ. Secretaria de Educação do Ceará. Curso Técnico de Enfermagem Integrado ao Ensino Médio. **Manual de Cuidados ao Paciente Crítico – Manual do Professor**. Colaboração Técnica: Alisson Salatiek Ferreira de Freitas e Anna Margarida Vicente Santiago. Ceará, 2013.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília. CFESS. 2010.

FLORES. Aline Cristina Pavam; SERRANO, Luzia Cristina de Almeida. **Visita interdisciplinar à beira do leito em unidade de transplante hepático**. Disponível em: <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume-3-edicao-3/2716-rci-visita-interdisciplinar-a-beira-do-leito-em-unidade-de-transplante-hepatico/file>. Acesso em: 31 janeiro de 2020.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Atribuições, competências, demandas e requisições: o trabalho do assistente social em debate**. XV ENEPSS, 2016. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf>. Acesso em: 11 de Janeiro de 2020.

_____. **Ensino da Prática no Serviço Social**. Subsídios para uma reflexão. In: Revista Temporalis. Nº 2. Ano 01 Julho/dezembro, 2000.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra Filosofia. 3ªed. 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 1983.

JANCZURA, Rosane. **Risco ou vulnerabilidade social?**.Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 301 – 308; ago./dez. 2012.

LINO, Margarete Marques; CALIL, Ana Maria. **O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão**. Rev. esc. enferm. USP vol.42, no. 04, São Paulo, Dec. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400022>. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

LUKÁCS, G. **Per una Ontologia dell'Essere Sociale**. Roma: Riuniti, 1981. Disponível em: <https://gpect.files.wordpress.com/2016/12/ff130318ae9d9b74571de73bdc7d1509.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Paciente em Estado Crítico**. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html. Acesso em 11 de Janeiro de 2020.

_____. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo-UTI. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html. Acesso em: 20 de dezembro de 2019.

_____. HumanizaSUS. **Visita aberta e direito ao acompanhante.** Brasília – DF, 2007, 2.^a edição, Série B. Textos Básicos de Saúde.

MENEZES, Juliana; BRAVO, Maria. **Cadernos de saúde, Saúde na atualidade:** por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro, 2011.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. **Paciente em Estado Crítico.** Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/entendendo-o-paciente-critico/38734>. Acesso em: 11 de janeiro de 2020.

PRAPS-FAMED-UFU. **Regimento interno residência multiprofissional em saúde.** Disponível em: http://www.novo.famed.ufu.br/system/files/conteudo/regimento_interno_famed_0.pdf. Acesso em: 08/11/2019 às 16h50min.

NETTO, J.P; CARVALHO; M.C.Brant de. **Cotidiano: conhecimento e crítica.** 10ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, Ana Maria. **Tendências da prática profissional do Assistente Social na atenção à Saúde no município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: ESS-UFRJ (Tese de doutoramento), 1999 (mimeo).

_____. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, Márcia Ferreira Dos. **Demandas de Pronto Socorro:** Limites e Possibilidades de atuação do Assistente Social no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 2015.

SILVA, Jaqueline Callegari et al. **Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional.** Acta paul. enferm. São Paulo, v. 28, n. 2, p. 132-138, abr. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200132&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500023>.