

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

JÉSSICA FERREIRA GUIMARÃES

SERVIÇO SOCIAL E A COMUNICAÇÃO DE ÓBITO:
um relato de experiência

UBERLÂNDIA – MG
2024

JÉSSICA FERREIRA GUIMARÃES

**O SERVIÇO SOCIAL E A COMUNICAÇÃO DE ÓBITO:
um relato de experiência**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) da área de concentração em Atenção ao Paciente em Estado Crítico da Universidade Federal de Uberlândia/MG. Como exigência parcial para obtenção de título de especialista em Serviço Social.

Orientador: Dr. Flander de Almeida Calixto.

UBERLÂNDIA – MG

2024



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA



ATA

As 9 horas do dia 12 de dezembro de 2024, de forma presencial no endereço: Campus Umuarama Sala 2H-16, reuniu-se em sessão pública, a Banca Examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado como "Serviço Social e a Comunicação de Óbito: um relato de experiência" de autoria Jessica Ferreira Guimarães do(a) Jessica Ferreira Guimarães residente:

A Banca examinadora foi composta por:

- Dr. Flandir de Almeida Calixto
- Ma Márcia Ferreira dos Santos
- Me Antonio Carlos Vieira da Mota

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. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentares, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado, considerando o(a) residente: APROVADA.

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.

Assinaturas:

1. Flandir de Almeida Calixto
Assistente Social
CRESS 2796 6ª Reg.

2. Márcia Ferreira dos Santos
Assistente Social
CRESS 6ª Região 15496

3. Antonio Carlos Vieira da Mota
Assistente Social
CRESS 4504 6ª Região - MG

RESUMO

Este trabalho escrito na forma de relato de experiência traz a vivência da residente-autora, enquanto assistente social na atuação em equipe multiprofissional para comunicação de óbito. Atuando em mais de 30 casos de pacientes que evoluíram para óbito durante dezembro/2023 a agosto/2024 como residente pelo Programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/MG. Este relato busca integrar teoria e prática, apoiando-se em pesquisa bibliográfica e na legislação que orienta o Serviço Social brasileiro, valorizando a formação ao longo de dois anos de experiência de ensino em serviço da residente-autora. A comunicação de óbito caracteriza-se como uma tarefa complexa para profissionais de saúde em contextos hospitalares, envolvendo equipe multiprofissional com médicos, psicólogos e assistentes sociais. A atuação da/o assistente social na comunicação de óbito tem como objetivo acolher os familiares do paciente que estão recebendo a notícia do óbito e realizar orientações sociais. O relato analisa a atuação do assistente social na comunicação de óbito, evidenciando a escassez de literatura específica, a falta de protocolos claros para a comunicação de óbito e a necessidade de espaços adequados para este tipo de atendimento. Diante do exposto, destaca a defesa de padronização para os atendimentos multiprofissionais de comunicação de óbito em ambientes adequados e a capacitação dos profissionais para garantir um suporte mais humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Palavras-chaves: assistente social; óbito; multiprofissional.

ABSTRACT

This work, written in the form of an experience report, presents the experience of the resident-author, as a social worker working in a multidisciplinary team to communicate death. Working in more than 30 cases of patients who died between December/2023 and August/2024 as a resident in the Critical Patient Care Program of the Multidisciplinary Health Residency of the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia/MG. This report seeks to integrate theory and practice, based on bibliographic research and the legislation that guides Brazilian Social Service, valuing the training over two years of in-service teaching experience of the resident-author. Communicating death is characterized as a complex task for health professionals in hospital settings, involving a multidisciplinary team with doctors, psychologists and social workers. The role of the social worker in communicating death aims to welcome the patient's family members who are receiving the news of death and to provide social guidance. The report analyzes the role of social workers in communicating deaths, highlighting the scarcity of specific literature, the lack of clear protocols for communicating deaths, and the need for appropriate spaces for this type of care. In view of the above, it highlights the defense of standardization for multidisciplinary care for communicating deaths in appropriate environments and the training of professionals to ensure more humanized support to users of the Brazilian Unified Health System.

Keywords: social worker; death; multiprofessional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	8
3 SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO AOS PACIENTES EM ESTADO CRÍTICO	12
4 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA COMUNICAÇÃO DE ÓBITO.....	12
4.1 A Comunicação em Equipe Multiprofissional	15
4.2 O Serviço Social na Comunicação de Óbito	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) apesar de ter sido pensada quando as residências médicas foram regulamentadas em 1970, só ganhou força nos anos 2000 “quando passaram a ser fomentadas iniciativas voltadas para a reorientação da formação de recursos humanos para o SUS” (Mendes, 2013, p. 184).

Nas bases de instituição da RMS está presente a busca por uma formação interdisciplinar, ou seja, uma formação que compartilha saberes, mas mantém íntegra a particularidade de cada área profissional, e a realização desses saberes em práticas. Possibilita a socialização de conhecimentos e de linguagens no ato da formação e do próprio trabalho em saúde (Silva, 2018, p. 206).

A Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005, institui a Residência Profissional em Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A lei caracteriza a Residência Multiprofissional em Saúde como um tipo de pós-graduação *lato sensu* na modalidade de ensino em serviço.

Para a instituição de Residências são observadas as necessidades e realidades locais e regionais do território, sendo orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). As RMS abrangem várias profissões da área da saúde, como: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica.

O território de delimitação deste trabalho está vinculado à Universidade Federal de Uberlândia (UFU) no âmbito do Hospital de Clínicas de Uberlândia, um hospital escola público vinculado ao SUS, que desde 1970 funciona como espaço de prática para a formação de diversos profissionais, tanto ao nível de graduação como pós-graduação, e posteriormente, incluiu as Residências. É o espaço de prática da Residência Médica e da Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional), abrangendo 7 programas multiprofissionais, dentre eles a área de concentração de Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC).

Diante do contexto da Residência Multiprofissional em Saúde em um hospital de média e alta complexidade e em um programa com ênfase em pacientes críticos, as/os residentes de Serviço Social se deparam com diversas expressões da questão social que perpassam o território do ambiente hospitalar e as relações sociais

externas ao hospital, na rede, seja dos pacientes/familiares e/ou as institucionais. São situações que demandam conhecimento técnico, crítico-reflexivo sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde¹. Uma das intervenções que compõem o espectro de ensino-trabalho é a que decorre junto de famílias que acabaram de receber uma comunicação de óbito.

Assim, este artigo pretende descrever a importância da instrumentalidade da assistente social residente-autora, na atuação em equipe multiprofissional nos casos de comunicação de óbito, no contexto da residência multiprofissional em saúde, com recorte no atendimento de pacientes em estado crítico.

Escrito em formato de relato de experiência, segue a experiência da autora, considerando a atuação como assistente social frente aos atendimentos institucionais que envolvem a comunicação de óbito. Pretende-se referendar a experiência de ensino e trabalho que terá o objetivo de ir “[...] além da descrição da experiência vivida (experiência próxima), a sua valorização por meio do esforço acadêmico-científico explicativo, por meio da aplicação crítica-reflexiva com apoio teórico-metodológico (experiência distante)” (Mussi; Flores; Almeida, 2021, p. 64).

Para fins de aprofundamentos na discussão sobre as categorias centrais que serão abordadas neste relato, foi realizado levantamento bibliográfico com base em obras técnicas, artigos científicos, publicações periódicas e anais de eventos, encontrados em bases de dados online, afins com o tema envolvendo a atuação da assistente social. Inclui-se nesse aparato de referências, o marco legal que normatiza e orienta o Serviço Social brasileiro. E fazendo a convergência teórico-prática, os conhecimentos da experiência da práxis profissional, oriundos da experiência da autora ao longo do percurso de dois anos delimitado entre março/2023 - dezembro/2024.

¹ Lei 8080/90: Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

2 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Com o desenvolvimento do ser humano e a formação de cidades, a partir da organização das sociedades e dos sistemas econômicos, o conceito de saúde passou por mudanças. Sua evolução, está para além de uma condição biomédica, que tradicionalmente marca a influência positivista na saúde e sua determinante conservadora. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1946), saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. No contexto brasileiro, a Constituição Federal de 1988, que recebeu a alcunha de “Constituição Cidadã” por ampliar o rol de direitos básicos à sociedade, traz no Art. 196 que:

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

A partir dessa afirmação é que a Constituição legitima a saúde como um bem público garantido pelo Estado. A lei garante uma ampliação do acesso à assistência em saúde para toda a população brasileira. A Saúde passa a compor o conceito de Seguridade Social junto a Previdência Social e a Assistência Social. Caracteriza-se por ser uma das políticas sociais brasileiras que mais avançou com a Constituição de 1988 com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é o sistema público de saúde brasileiro criado a partir da CF/88 e da luta do Movimento de Reforma Sanitária (1970).

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, que considera condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 19).

Contrapondo a essa proposta de serviço público está o avanço do Projeto Privatista que a partir da década de 1990 toma espaço e vai se tornando hegemônico. Suas propostas decorrem do projeto neoliberal que está em curso, articula-se ao interesse de mercado e com o resgate do modelo assistencial privatista de saúde de

base hospitalocêntrica com conexão com a indústria farmacêutica, portanto, medicalocêntrico.

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Costa, 1996 apud Bravo, 2006, p. 15).

Nessa perspectiva, o Estado deixa de assumir o papel central na proposição da saúde no país, restringindo-se a garantir o mínimo às classes subalternizadas que não podem pagar. Enquanto o serviço ampliado, privatizado, abarca aquelas classes que têm condições financeiras de acessaram serviços de assistência em saúde pagos.

Para dar materialidade e condições de organizar a implementação do SUS, destaca-se no marco legal a regulamentação de dois arcabouços jurídicos sobre a saúde no Brasil. A Lei nº 8080/1990, Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o SUS. Já a Lei nº 8142/1990 criou os Conselhos e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, que se configuraram como espaços de controle social, por meio da participação popular em conjunto com o governo no acompanhamento e definição das políticas públicas de saúde.

Com a consolidação do SUS como sistema de gestão da saúde no Brasil, a saúde passou por inovações e ampliação no seu espectro de atenção ao considerar fatores como “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” (Brasil, 1990) como condicionantes e determinantes da saúde. Esses fatores e os impactos que eles causam diretamente nas condições de saúde e de acesso a serviços de saúde são considerados na elaboração das políticas de saúde.

Em 1997, tendo em vista a 8ª Conferência Nacional de Saúde que reafirmou o texto constitucional da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) com a intenção de consolidar o SUS e seus princípios e

objetivos, reconheceu a importância da ação interdisciplinar na área da saúde e a atuação de diferentes profissionais de nível superior como desenvolvimento da concepção ampliada de saúde e da integralidade da atenção. Por isso, por meio da Resolução nº 218 de 06 de março de 1997, homologou o reconhecimento de treze categorias profissionais de nível superior como profissionais da saúde: Assistentes Sociais, Biólogos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais (Brasil, 1997).

Em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Federal de Serviço Social publicou a Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, que corrobora com a caracterização do assistente social como profissional de saúde. Ela, no entanto, não restringe a atuação deste profissional somente à área da saúde, pois seu trabalho perpassa as múltiplas expressões da questão social que estão para além somente do âmbito da saúde, abarcando outras áreas de intervenção do social.

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social (Iamamoto, 1997, p. 14).

Essa atuação será pautada nos princípios éticos da profissão expressos no Código de Ética Profissional do/a Assistente Social (1993) e na Lei de Regulamentação da Profissão - Lei Nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que são dois instrumentos legais cruciais que orientam a intervenção profissional dos assistentes sociais. Ademais também estará de acordo com o projeto de Reforma Sanitária.

No que diz respeito à profissão, seu projeto político apresenta uma direção social, comprometida com os valores democráticos, de cidadania, de justiça social e de igualdade social. Tais valores estão em sintonia com a proposta de reforma do setor saúde que deu origem ao SUS, ocorrendo, até mesmo, uma simetria de princípios, com destaque para o princípio da integralidade (Zucco; Senna, 2012, p. 114).

O Serviço Social atua na política de saúde, sendo este um dos espaços sócio-ocupacionais que mais contrata profissionais. Conforme o documento intitulado *“Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 40)*, a/o assistente social “atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional”. Os assistentes sociais estão inseridos desde a atenção primária, que se tornou a porta de entrada de acesso aos serviços de saúde até a atenção terciária de mais complexidade. Sendo este o grau mais complexo de atenção em saúde exigindo mais dos profissionais, que atuam em grandes hospitais com usuários que demandam maior assistência e estão de frente com situações que podem evoluir para óbito.

Assim, as orientações e informações como elementos da abordagem do Serviço Social na rede hospitalar estão relacionados a direitos e benefícios previdenciários, socioassistenciais, jurídicos e trabalhistas; benefícios eventuais, dentre eles, o auxílio-funeral, situações de negligência e maus-tratos a públicos vulneráveis, como também rotinas e mediação de recursos institucionais, entre outras garantias de direitos (Canuto; Gadelha; Santos *et. al*, 2021, p. 78).

Embora a Constituição de 1988 venha numa maré progressista, as forças conservadoras se realinham e voltam com uma pauta mercadista para saúde, que impacta diretamente na atuação do assistente social no contexto hospitalar. O avanço do projeto privatista do SUS é perceptível uma vez que não é novidade a superlotação de hospitais, a falta de leitos, a falta de profissionais, as formas de contratação com vínculos trabalhistas fragilizados, a falta de capacitações permanentes das equipes de saúde, a desvinculação orçamentária do financiamento do SUS, e o avanço da medicina curativa (hospitalocêntrica e medicalocêntrica) ao invés da medicina preventiva. E imersos em todo esse cenário ideopolítico e vivenciando a precarização no cotidiano profissional junto aos demais profissionais, estão as/os assistentes sociais residentes.

3 SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO AOS PACIENTES EM ESTADO CRÍTICO

No sudeste do país, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) é o maior prestador de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2022). Contando com mais de 500 leitos de internação de média e alta complexidade, sendo referência para os municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba (Universidade Federal de Uberlândia, 2022). Além disso, conta com atendimento 24h para casos de emergência no Pronto Socorro. Caracteriza-se por ser um espaço para formação de recursos humanos e desenvolvimento de pesquisas na área da saúde. Atualmente, está sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH).

O HC-UFU é referência para 27 municípios situados na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2023). São municípios menores que não possuem capacidade de manter um hospital regional e por meio de acordos com o Governo do Estado, os munícipes são encaminhados para atendimento em Uberlândia/MG. Sendo um hospital de alta complexidade atende pacientes que necessitam de maior suporte de atenção à saúde, incluindo leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os atendimentos oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco, além de urgências e emergências (Brasil, 2022).²

Nesse cenário, o programa de residência multiprofissional em Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC) está vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, e conta com 14 residentes de 7 áreas profissionais: 04 fisioterapeutas, 03 enfermeiros, 02 assistentes sociais, 02 psicólogos, 01 nutricionista, 01 farmacêutico e 01 dentista. A ênfase do programa está na assistência a pacientes “que apresentam instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, devido às alterações agudas ou agudizadas, que ameaçam sua vida” (Universidade Federal de Uberlândia, 2023).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2020),

² A alta complexidade compõe a rede de atenção especializada de assistência em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), e divide-se em atenção secundária e terciária. A atenção especializada é composta por “Hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa fazem parte do nível de alta complexidade da atenção especializada” (Brasil, 2022).

Define-se como paciente crítico ou gravemente enfermo aquele que apresenta instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte. Esses pacientes podem sofrer deterioração de uma ou mais funções dos órgãos vitais, apresentando instabilidade cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, metabólica ou patologias que possam levar à instabilidade desses sistemas.

Os residentes da APEC se dividem em grupos de 3 ou 4 residentes, sem repetir categorias profissionais, que durante os dois anos de Residência percorrem diversos setores do HC-UFU segundo cronograma pré-estabelecido pela Comissão de Residência Multiprofissional do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) da Universidade Federal de Uberlândia (COREMU-UFU).

No primeiro ano (R1) há a proposta de núcleo comum onde os grupos de residentes passam por vários setores dentro e fora do hospital, permanecendo por cinco semanas. Conforme o cronograma APEC, os campos de prática são: a Comissão de Cuidados Paliativos, a enfermaria de Clínica Médica, o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), a enfermaria de Queimados, a Unidade de Terapia Intensiva para Adultos (UTI-AD), o Centro de Referência Nacional em Hanseníase e Dermatologia Sanitária (CREDESH), a Sala de Emergência, o Setor de Hemodiálise, as enfermarias de Cirúrgicas I e II, e o Pronto Socorro. O cronograma do segundo ano (R2) é formado por campos específicos da área de concentração do programa, sendo eles: a Unidade de Terapia Intensiva para Adultos (UTI-AD), a Unidade Coronariana (UCO) e o Pronto Socorro (PS).

A RMS exige uma dedicação exclusiva de 60h semanais, sendo 48h práticas e 12h teórico-práticas, integralizando ao final do R2, um total de 5.760 horas. Passando muitas horas no ambiente hospitalar, com escalas de plantões de 12h e 6h ao longo da semana, os residentes da APEC se deparam com diversos perfis de pacientes, além daqueles em estado crítico, possibilitando um grande enriquecimento profissional durante a residência. Essa longa jornada de trabalho proporciona experiências e vivências únicas, assim como desafios que exigem profissionais capacitados e respostas às situações complexas em saúde.

Para os/as assistentes sociais,

A inserção do serviço social nas residências multiprofissionais é compreendida tanto como uma ampliação dos espaços sócio-ocupacionais do profissional como de aperfeiçoamento e qualificação de sua prática. O cenário de atuação é fomentado levando em consideração os princípios da

integralidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, os quais são imprescindíveis para uma ação que potencialize a cidadania e ofereça respostas aos usuários de forma qualificada e humanizada (Raulino et al., 2016, p. 10 *apud* Paiva et.al., 2019, p 484).

Inseridos no ambiente hospitalar da residência, as/os assistentes sociais residentes recebem orientação acadêmica de um tutor e a supervisão direta de suas atividades em campo por preceptores, que são profissionais do quadro funcional da Universidade e do hospital/estabelecimento de saúde. Estes preceptores e tutores no segundo ano de residência devem ser da mesma área profissional do residente. É também no segundo ano que os residentes assumem novas responsabilidades frente à atuação como assistente social, sendo, portanto, mais cobrados na aplicação prática de seu trabalho profissional.

Os profissionais de saúde que trabalham em ambientes em que estão sujeitos a vivenciar situações de óbito precisam desenvolver habilidades para lidar com a tensão gerada nesse atendimento, e com as reações de familiares do paciente. São diversas as reações que os familiares de um paciente podem ter diante de uma comunicação de óbito. Nessas situações, a abordagem por equipe multiprofissional é crucial.

No contexto de residência, Silva e Arantes apontam que

[...] apesar da residência multiprofissional ter projetado um modo de formação na perspectiva do trabalho interdisciplinar, no cotidiano das práticas em saúde verificamos inúmeros limites na garantia da interdisciplinaridade na prática dos trabalhadores. A alienação da divisão do trabalho, a reprodução de relações historicamente hierarquizadas, além, da mercantilização da saúde e do modelo hegemônico de fazer saúde, estruturado historicamente na assistência hospitalar, centrado no adoecimento, dissociado da prevenção e da promoção da saúde, impostos pelo sistema vigente, visam cada vez mais fragmentar o trabalho e o ensino (Silva; Arantes, 2016, p. 4 *apud* Paiva et.al., 2019, p. 487- 488).

Enquanto assistente social residente, a autora atendeu mais de 30 casos de pacientes que evoluíram para óbito. Este número diz respeito somente à estimativa de óbitos atendidos durante dezembro/2023 a agosto/2024. Período que atuou na Clínica Cirúrgica I, Pronto Socorro (Sala de Emergência), UTI Adulto e Unidade Coronariana do Hospital de Clínicas de Uberlândia/MG. Durante esse período, estava em um grupo de residentes que contava com fisioterapeuta e psicóloga, que posteriormente foi desfeito e recomposto com residentes da enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia e a residente-autora assistente social.

4 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA COMUNICAÇÃO DE ÓBITO

4.1 A Comunicação em Equipe Multiprofissional

Comunicar más notícias é tarefa complexa para os profissionais de saúde em ambientes hospitalares. Nesse contexto, destaca-se a comunicação de óbito, foco deste relato, que consiste em uma abordagem multiprofissional com os familiares do paciente que veio a óbito. A equipe é composta, geralmente, por médico/a, psicólogo/a e assistente social.

Segundo Lima (2014, p. 11),

O processo de morte, morrer, é pouco estudado, entre os profissionais de Serviço Social, apenas aqueles que estão inseridos no âmbito hospitalar são os que mais tem aproximação com o tema. Há também uma ausência do assunto na formação e uma certa escassez pelo CFESS sobre a atuação do assistente social no processo de morte e morrer (Lima 2014, p. 11 Gomes e Barros, 2019, p. 7).

Foi somente no cenário pandêmico que o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicou a Orientação Normativa nº3/2020 que versa sobre as ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por assistente sociais. Nesse material, o CFESS destaca que não é atribuição do assistente social realizar isoladamente a comunicação de óbito, já que não é o profissional qualificado para tal. A notícia do óbito é dada por profissionais da área médica, já que estes possuem formação técnica para explicar a causa mortis do paciente.

De acordo com o CFESS,

A comunicação de óbito deve ser realizada por profissionais qualificados que tenham conhecimentos específicos da causa mortis dos/as usuários/as dos serviços de saúde, cabendo um trabalho em equipe (médico, enfermeiro/a, psicólogo/a e/ou outros profissionais), atendendo à família e/ou responsáveis, sendo o/a assistente social responsável por informar a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, aos seguros sociais e outros que a situação requeira, bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento, traslado e demais providências concernentes (Conselho Federal de Serviço Social, 2020).

Durante a construção deste trabalho foi identificado um Procedimento Operacional Padrão (POP) que traz um fluxo de atendimento de comunicação de óbito

para o Pronto Socorro do HC-UFU. E existe um projeto de POP ainda não aprovado para as demais enfermarias. Este documento traz o “passo a passo”, a fim de padronizar o processo de comunicação de óbito por equipe assistencial multiprofissional e administrativa. Esse processo acontece da seguinte forma: a equipe médica constata e atesta o óbito, em seguida comunica a equipe de enfermagem. A equipe de enfermagem, por sua vez, comunica o Serviço Social e a Psicologia para que acompanhem a equipe médica na comunicação, solicita as assinaturas no caderno de registro de óbito do setor e encaminha o corpo ao Instituto Médico Legal (IML). Ao serem comunicados pela equipe de enfermagem, as/os assistentes sociais verificam se há familiares presentes, caso contrário, localizam os familiares ou o responsável pelo paciente e solicitam a presença no hospital. Com a presença da família é realizada abordagem para comunicação de óbito com equipe multiprofissional composta por médica/o, assistente social e psicóloga/o.

Porém, a comunicação interdisciplinar/multiprofissional, a ideal, não é padrão para todos os casos. É comum a comunicação ser realizada somente pelo médico, considerando que as circunstâncias, em boa parte dos casos, não favorecem a reunião dos demais profissionais no momento que ocorre o óbito. Posteriormente os outros profissionais abordam a família ou responsável que recebeu a notícia do óbito.

Não sendo, como visto, uma atribuição do assistente social o ato de informar o óbito. O profissional está envolvido em um processo mais amplo da abordagem, exigindo um protocolo de comunicação em situações críticas, no âmbito de sua atuação profissional, facilitando e alinhando entre pares a comunicação no momento de mobilização da família para comparecimento ao hospital, assim como no momento de acolhimento e mediação para informação médica sobre o desfecho do óbito (Canuto; Gadelha; Santos, 2021, p. 77-78).

No PS as abordagens para comunicação de óbito são realizadas na sala do Serviço Social, uma sala pequena, dividida em dois espaços: um para a secretaria e outra para as assistentes sociais; sendo nesta última onde ocorrem os atendimentos. É um espaço mal dimensionado para as abordagens, dificultando a permanência de todos os profissionais e a família. Em especial quando a família é numerosa.

No caso da UTI-AD, as comunicações de óbito são feitas em uma sala que os profissionais de Psicologia e Serviço Social compartilham. Igualmente pequena para a dimensão das abordagens multiprofissionais.

Na Unidade Coronariana, a organização para comunicação de óbito é um pouco mais complexa. Não há espaço na unidade, os leitos estão dispostos quase que em círculo e muitos dos pacientes estão conscientes. Então, torna-se complicado comunicar um óbito no leito. A comunicação é realizada no hall de entrada da unidade, num ambiente que não proporciona sigilo e nem acolhimento aos familiares.

Atualmente, o HC-UFU está passando por uma fase de reestruturação administrativa com a inauguração de um novo prédio. Pode ser que neste novo espaço físico haja espaço apropriado para abordagens multiprofissionais com a família de pacientes, mas no momento não há.

No que tange a abordagem em si para a comunicação de óbito, percebeu-se que a mediação interventiva varia muito de profissional para profissional. A comunicação é conduzida pela equipe médica e logo após a comunicação do óbito, a Psicologia e o Serviço Social entram em ação para prestar suporte à família do paciente. O ambiente, a composição e organização da equipe, a linguagem e a forma como a comunicação é conduzida, são muito importantes para gerar um cenário humanizado e de acolhimento para quem recebe a informação do óbito.

A falta de preparo dos profissionais na hora de manejar o luto das famílias é uma barreira difícil de ser superada no momento em que essas pessoas iniciam o processo do luto. Geralmente é uma situação geradora de tensão ao profissional de saúde, provocando dúvidas em relação à comunicação das más notícias. Muitas vezes a aparente frieza dos profissionais esconde um grande receio de não saber como ajudar. Por outro lado, a percepção de quem está sofrendo é outra, e sentir-se incompreendido pode aumentar a intensidade das emoções (Segovia; Serrano, 2017, p.43).

Logo após comunicar o óbito, a/o médica/o, geralmente, se coloca à disposição dos familiares presentes para esclarecer quaisquer dúvidas sobre o quadro clínico do paciente. Em seguida, se retira do espaço e deixa os familiares do paciente com os psicólogos e assistentes sociais que dão seguimento ao atendimento. É nesse momento que os demais profissionais intervêm e iniciam o atendimento, visto que agora a família foi comunicada sobre o óbito. Assim, se torna importante pensar em um atendimento interdisciplinar que “vai além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinados objetos de análise, havendo comunicação, confronto, discussão, interação, troca e articulações entre disciplinas” (Raulino *et al.*, 2016, P. 6 *apud* Paiva *et.al.*, 2019, P 486). Observou-se que não foi o concreto vivenciado durante a experiência da residente-autora nos casos de abordagens para

comunicação de óbito, considerando a fragmentação interventiva entre os profissionais.

4.2 O Serviço Social na Comunicação de Óbito

A atuação da/o assistente social na comunicação de óbito tem como objetivo acolher os familiares do paciente que estão recebendo a notícia do óbito e realizar orientações sociais. Essas orientações são sobre a documentação necessária para a emissão da Declaração de Óbito (D.O) fornecida pelo hospital e sobre auxílio-funeral.

Quando o paciente está evoluindo para óbito ou já foi constatado o óbito pelo médico, geralmente, as/os assistentes sociais são acionadas/os para entrar em contato com familiares e solicitar que estes compareçam ao hospital. Por mais que haja insistência, não são passadas informações sobre o quadro clínico do/a paciente por telefone. Conforme aponta Canuto, Gadelha e Santos (2021, p. 76), essa “abordagem via telefônica ainda é realizada com predomínio da subjetividade de cada assistente social, de forma a mobilizar a presença de familiares para entendimento médico sobre o quadro clínico”.

Devido ao contexto, após a comunicação de óbito, o mais indicado é conversar e passar as informações àquele familiar que apresenta mais condições emocionais de receber as orientações do Serviço Social. As pessoas possuem maneiras diversas de reagir à morte. Nem sempre os familiares que estão presentes na comunicação vão ser aqueles que têm condições de receber as orientações do assistente social. É comum perguntar se eles vão avisar a mais alguém, se querem ligar para alguém, esperar outras pessoas da família.

Assim, Andrade (2012, p. 341-342) coloca que

[...] conhecer e compreender essa família em seus limites e possibilidades é o primeiro passo para um atendimento adequado; para tanto a escuta e o acolhimento são ações imprescindíveis, assim como o reconhecimento do momento adequado para a abordagem.

Para Canuto, Gadelha; Santos (2021), a atuação do assistente social frente a comunicação de óbito se constitui como uma importante intervenção quando

[...] ao iniciar a abordagem do caso, procura apropriar-se do histórico da jornada do paciente no hospital, identificando o contexto sociocultural e vínculos familiares/afetivos, de forma a contextualizar os sujeitos envolvidos

na comunicação. Contudo, a relação com o tema da morte guarda uma subjetividade, exigindo do conjunto dos profissionais a construção de um roteiro mínimo para uma conduta que articule técnica, humanização e ética (Canuto, Gadelha; Santos, 2021, p. 79).

Um ponto complexo que merece destaque e está ligado às orientações realizadas pós-óbito pelo Serviço Social é sobre a documentação do paciente que faleceu. Para o preenchimento da D.O são necessários alguns documentos pessoais: certidão de nascimento (para os solteiros), certidão de casamento (para os casados civilmente), averbação de divórcio ou certidão de casamento com averbação falando que cônjuge é falecido (para os viúvos), documento com foto (RG) e comprovante de endereço da cidade onde o paciente reside (não necessariamente no nome do paciente). Com estes documentos em mãos os familiares são encaminhados para a parte administrativa do hospital no Setor de Altas e Óbitos ou Secretaria do Pronto Socorro do HC-UFU para dar seguimento na emissão da D.O, que posteriormente deve ser levada para registro em cartório para emissão da Certidão de Óbito.

O que ocorre é que em muitos casos os familiares vêm ao hospital sem portar esses documentos e não há armazenamento prévio desses documentos na admissão do paciente. O que gera transtornos após a comunicação de óbito aos familiares que além de estarem absorvendo a informação se deparam com a situação de não saberem como localizar no domicílio de origem do paciente esses documentos, se os tinha e o caso de famílias que vêm de outros municípios distantes em que a ida até onde residem buscar os documentos e retornar ao hospital para dar seguimento na emissão da D.O se tornam fora da realidade possível.

Em muitos casos, a solução é acionar outros parentes que tenham ficado em casa para que possam encaminhar cópias on-line destes documentos. E há casos mais complexos que os familiares precisam ir até cartórios solicitar segunda via de documentos. Percebeu-se que todas essas situações podem tornar muito difícil o processo do encaminhamento pós-óbito, tomando muito tempo da assistente social para buscar uma solução em menor tempo possível e colocando os familiares do paciente sob mais estresse.

No que diz respeito a orientação sobre auxílio-funeral no contexto dos pacientes atendidos no HC-UFU, os pacientes que são munícipes de Uberlândia/MG que não tenham plano funerário ou que a família não possua condições de arcar com os custos de velório e sepultamento, os familiares são orientados e informados acerca da

funerária que está de plantão no hospital naquele dia, e poderá prestar estes serviços. Para os pacientes que são de outros municípios e que também tenham plano funerário ou que a família não possua condições de arcar com os custos de traslado e sepultamento, os familiares destes são orientados sobre o benefício eventual de auxílio-funeral a ser solicitado no município em que o paciente reside.

Vasconcelos (2009) aponta que as demandas que envolvem alta, remoção de pacientes e participação na comunicação de óbito são dirigidas historicamente ao Serviço Social, e causam revés no interior da categoria em razão de seu caráter burocrático. Essa afirmativa comunga com as experiências vividas na prática. A realização de comunicação de óbito por equipe multiprofissional quando organizada corretamente proporciona um atendimento humanizado à família que recebe a notícia. No entanto, a comunicação é parte da rotina das instituições de saúde e segue um “passo a passo” na rotina do serviço de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período de elaboração da proposta de pesquisa deste trabalho, a residente-autora deparou-se com algumas limitações bibliográficas por parte da produção teórica do Serviço Social. Existem pouquíssimos textos que tratam deste tema que foram escritos por assistentes sociais. Há muito sobre o debate acerca de cuidados paliativos. Sobre comunicação de óbito, a maioria do material escrito é de outros profissionais da saúde, principalmente profissionais da enfermagem e medicina. Sendo observado que a linguagem utilizada é predominantemente da área da saúde, como: *paciente*, *desfechos desfavoráveis*, *paciente crítico*, *óbito*, *quadro clínico*. Vocabulários como esses são usados em contextos hospitalares e por profissionais da saúde, as/os assistentes sociais dentro desses contextos acabam por absorver esses termos e usá-los. O que para as dimensões teórico-metodológica e ético-política da intervenção passa a ser uma questão ideológica por ser um uso inadequado de linguagem, logo, reproduz um processo que subalterniza o trabalho da/o assistente social.

Na rotina hospitalar são realizados atendimentos sociais de acolhimento, na maioria das vezes com as famílias de pacientes críticos, porque o estado clínico do paciente (sedado, em ventilação mecânica, entubado, traqueostomizado, etc.) já não permite mais que se consiga estabelecer comunicação com ele. As composições de famílias são múltiplas e o vínculo entre paciente e família varia muito também, sendo esse fator um dificultador para cumprir a lógica instrumental de rotina. São visíveis as múltiplas expressões da questão social, as distintas formas de vulnerabilidade social e as dinâmicas de composição e arranjos familiares, exigindo uma habilidade ética muito ativa por parte da/o assistente social.

A atuação em equipes multiprofissionais é a proposta das Residências Multiprofissionais em Saúde, no entanto, nem sempre essa é a realidade no Sistema Único de Saúde. Nas abordagens para comunicação de óbito as/os assistentes sociais atuam junto aos médicos e psicólogos. Sendo que a intervenção do assistente social se dá na perspectiva da garantia de direitos para o paciente e família.

Na busca por informações sobre protocolos/fluxos/orientações para atuação dos assistentes sociais na comunicação de óbito no Hospital de Clínicas da Universidade de Uberlândia/MG notou-se escassez de informações institucionais. Há

somente os POPs citados anteriormente³. Os assistentes sociais funcionários do HC-UFU pelo tempo de atuação e experiência já conhecem os procedimentos. Os residentes aprendem na atuação direta dos atendimentos, pois a dimensão teórico-prática que deveria dar o suporte ao tema fica precarizada em um quadro de falta de profissionais e pressão de demanda sempre crescente. Um instrumental informativo elaborado pelo próprio setor é o norteador do atendimento nesses casos.

Em suma, este relato se propôs a trazer a atuação da/o assistente social frente aos atendimentos institucionais que envolvem a comunicação de óbito. Destacando a necessidade da efetivação da padronização de um fluxo para atendimentos multiprofissionais em todo o hospital nos casos de comunicação de óbito em ambientes físicos apropriados que garantam aos profissionais de saúde e famílias sigilo e proporcionem a devida acolhida com humanização. Além da capacitação dos profissionais em saúde para estarem mais preparados para lidar com o contexto da comunicação de más notícias, como a que envolve o processo de comunicação de óbito.

Por fim, é importante destacar que relato de experiência é um tipo de produção de conhecimento único que parte da vivência de quem escreve, ou seja, adquire tons subjetivos haja vista que nenhuma vivência é igual. Ao retornar ao Pronto Socorro no R2, sem estar junto a um grupo de residentes da mesma área de concentração, foi encontrada outra realidade e uma experiência diferente da descrita neste relato. A proposta da comunicação de óbito realizada por equipe multiprofissional não mais ocorria, os profissionais da psicologia não se faziam presentes para acolhimento emocional/psicológico aos familiares, havia terríveis falhas de comunicação entre as equipes na hora de organizar a comunicação de óbito. Situações que acabavam por sobrecarregar ainda mais as/os assistentes sociais, que lidavam com o manejo de situações que extrapolam suas atribuições profissionais. Infelizmente o maior prejudicado com isso é o usuário do SUS.

Assim, diante do exposto, espera-se que a médio prazo as reformulações de rotinas que a EBSEH está propondo possam trazer novo cenário na direção de garantir direitos à população usuária do SUS, embora não vejamos por parte do Estado uma determinação objetiva para que se possa atingir esse alvo.

³ Está sendo elaborado um novo documento sobre Comunicação de Más Notícias com a adoção da metodologia do Protocolo SPIKES para auxiliar na comunicação. Espera-se que seja um norteador também no processo de comunicação de óbito.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Letícia. O papel do Assistente Social. *In*: CARVALHO, Ricardo Tavares; PAROS, Henrique Afonseca (ed.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. [S.l.]: ANCP, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218 de 06 de março de 1997**. Brasília, DF: CNS, 1997. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/1997/resolucao-n-o-218/pdf/view>. Acesso em: jun. de 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao. Acesso em: agosto de 2024.

BRASIL. **Lei 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. Presidência da República, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária e atenção especializada**: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: agosto de 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.* **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.p. 1- 24.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. Brasília, DF: CFESS, 1999. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: agosto de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Orientação normativa nº. 3/2020**. Dispõe sobre ações de comunicação de boletins de saúde e óbitos por Assistentes Sociais. Brasília, DF: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/normativas-do-cfess>. Acesso em: abr. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: abr. 2024.

CANUTO, Ondina Maria Chagas; GADELHA, Eliana Santos Castro; SANTOS, Ruth Brito. O serviço social no processo de comunicação em situações críticas. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 74-80, 2021. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/547>. Acesso em: abr. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.271/2020**. Brasília, DF: CFM, 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2271>. Acesso em: abr. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Brasília: CNS, 1997. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/1997/resolucao-n-o-218.pdf/view>. Acesso em: agosto de 2024.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Nossa história**. Brasília, DF: Ebserh, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/aceso-a-informacao/institucional/sobre>. Acesso em: agosto de 2024.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Por que o HC-UFU atende pacientes de outras cidades além de Uberlândia?** Brasília, DF: Ebserh, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/por-que-o-hc-ufu-atende>. Acesso em: agosto de 2024.

GOMES, Elciane Silva; BARROS, Adriana Lima. Saúde hospitalar: a intervenção do serviço social no atendimento às famílias enlutadas. In: 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS TEMA: 40 ANOS DA “VIRADA DO SERVIÇO SOCIAL. 16., Brasília, 2019. **Anais [...]**. Brasília, DF: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: as dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza: CRESS 3ª Região, 1997.

MENDES, Alessandra Gomes. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. (org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 183-200.

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

PAIVA, Sabrina Pereira *et al.* O serviço social e o trabalho em equipe multiprofissional nas residências em saúde: estudo da arte. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.19, n2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2019.v19.27089>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. [S.l.]: OMS, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 12 out. 2024.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálisis**, v. 21, n. 1, p. 200–209, jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>.

SEGOVIA, Carmen.; SERRANO, Manuel. **Comunicação em Situações**. Tradução Joel de Andrade *et. al.* Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_situacoes_criticas.pdf. Acesso em: abr. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. **Hospital de Clínicas de Uberlândia**. Uberlândia: UFU, 2022. Portal. Disponível em: <https://ufu.br/unidades-organizacionais/hospital-de-clinicas-de-uberlandia-hcu>. Acesso em: agosto de 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Faculdade de Medicina. **Atenção ao paciente em estado crítico**. Uberlândia: UFU, 2023. Portal. Disponível em: <https://famed.ufu.br/pos-graduacao-lato-sensu/residencia-multiprofissional-e-em-area-profissional-da-saude/programas-8>. Acesso em: 8 out. 2024.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez. 2009.

ZUCCO, Luciana Patrícia; SENNA, Monica de Castro Maia. Sistema único de saúde e serviço social: um diálogo possível. *In*: SENNA, Monica de Castro Maia; ZUCCO, Luciana Patricia; LIMA, Ana Beatriz Ribeiro (org.). **Serviço social na saúde coletiva**: reflexões e práticas. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.