UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOVASCULAR

Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
Gerência da Unidade de Pesquisa
BIBLIOTECA

ALCIENE DE OLIVEIRA GONÇALVES

O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOVASCULAR: EXPERIÊNCIA EM CLÍNICA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL DE BELÉM/PA.

BELÉM/PA
2021

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOVASCULAR

ALCIENE DE OLIVEIRA GONÇALVES

O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOVASCULAR: EXPERIÊNCIA EM CLÍNICA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL DE BELÉM/PA.

Artigo apresentado ao curso de Residência em Saúde da Universidade Estadual do Pará – UEPA como requisito parcial para obtenção do título de especialista na área de Atenção à Saúde Cardiovascular.

Orientadora: Profa. Dra. Francilene Soares de Medeiros da Costa

BELÉM/PA

2021

O serviço social na atenção à saúde cardiovascular: experiência em clínica obstétrica de um hospital em Belém.

Social service in cardiovascular health care: experience in obstetric clinic of a hospital in Belém.

Alciene de Oliveira Gonçalves[1]

RESUMO:
O presente trabalho foi desenvolvido a partir da formação em serviço realizada por assistente social residente, atuando em um hospital de alta complexidade na área de cardiologia do estado do Pará. Teve por objetivo sistematizar e refletir sobre o fazer profissional do assistente social, frente ao processo de saúde e doença vivenciado por mulheres, gestantes cardiopatas, usuárias do serviço de saúde. Buscou-se pautar a concepção ampliada de saúde, conforme o proposto pela Reforma Sanitária e a Lei Orgânica da Saúde, e no Projeto Ético Político do Serviço Social. Consiste em um relato de experiência que descreve a experiência profissional do assistente social como membro de uma equipe multiprofissional, a fim de contribuir para sua área de atuação na área de especialização da saúde. A vivência neste âmbito de ação coletiva permitiu refletir sobre os desafios e possibilidades que o assistente social vivencia em sua prática diária. Ampliou novos conhecimentos sobre a política de saúde, a prática profissional e seu papel como agente de reflexão e ação, na construção de estratégias para o enfrentamento das expressões da questão social envoltas à realidade de gestantes, crianças cardiopatas e suas famílias. Proporcionou aprimoramento profissional em interação com outras categorias profissionais e na medida em que este adquiriu, praticou e compartilhou conhecimentos relacionados a política de saúde e outros direitos sociais.

PALAVRAS CHAVES: Assistente Social, Vivência Profissional, Saúde Cardiovascular, Direitos Sociais.

ABSTRACT:
The present work was developed based on in-service training carried out by a resident social worker, working in a highly complex hospital in the cardiology area of the state of Pará. It aimed to systematize and reflect on the professional work of the social worker, facing the process of health and illness experienced by women, pregnant women with heart disease, users of the health service. We sought to guide the expanded concept of health, as proposed by the Health Reform and the Organic Health Law, and in the Political Ethical Project for Social Work. It consists of an experience report that describes the professional experience of the social worker as a member of a multidisciplinary team, in order to contribute to his area of expertise in a specialized field of health. The experience in this scope of collective action allowed reflecting on the challenges and possibilities that the social worker experiences in his daily practice, as well as expanding new knowledge about health policy, professional practice and his performance as an agent of reflection and action, in construction of strategies to face the expressions of the social issue involved in the reality of pregnant women, fetuses with heart disease and their families. It provided professional improvement in interaction with other professional categories and to the extent that he acquired, practiced and shared knowledge related to health policy and other social rights.

KEIWORDS: Social Worker, Professional Experience, Cardiovascular Health, Social Rights.

[1] Assistente Social, Residente em Atenção à Saúde Cardiovascular, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Telefone: (91) 991553691. Email: alciennegoncalves@gmail.com

INTRODUÇÃO

A área da saúde no Brasil, em especial a atenção cardiovascular, apresenta inúmeros desafios, pois reflete diferentes expressões da questão social, principalmente no que tange a dificuldade de promover à população usuária a saúde pública enquanto um direito, inscrito na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080 de 1990.

Na cena contemporânea, as doenças cardiovasculares (pertencentes ao grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT) estão entre as principais causas de morte em todo o mundo, o que traz ônus para os entes governamentais de maneira direta (custos médicos, despesas hospitalares) e indireta (redução de mão de obra, custos previdenciários, externalidades negativas) (RIBEIRO; RIBEIRO, 2012). Conforme apresenta a Organização Mundial da Saúde (OMS) mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa.

Segundo a organização, em 2016, estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares, representando 31% de todas as mortes em nível global. Destes óbitos, estima-se que 85% ocorrem devido a ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais (AVCs). Mais de três quartos das mortes por doenças cardiovasculares ocorrem em países de baixa e média renda. Das 17 milhões de mortes prematuras (pessoas com menos de 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis, 82% acontecem em países de baixa e média renda e 37% são causadas por doenças cardiovasculares.

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), esses agravos são responsáveis por mais de 30% das mortes no país, sendo mais de 380 mil óbitos todos os anos no Brasil. Além disso, no contexto atual, é um problema de saúde pública agravado pela pandemia da COVID-19 (SARS-CoV-2). O Brasil é o segundo país com maior número de infectados e mortalidade pelo vírus, segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), (WHO, 2021).

Ainda segundo a OPAS (2021), são considerados grupo de risco para agravamento da COVID-19, além dos portadores de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, e indivíduos fumantes, pessoas acima de 60 anos, as gestantes, puérperas e crianças menores de 5 anos.

Em nota lançada pelo Hospital do Coração (HCor, 2020) / Associação Beneficente Síria, apresentou-se dados sobre pacientes hospitalizados pelo novo coronavírus, dentre os quais 50% possuíam doenças crônicas, sendo que 40% possuíam doença cardiovascular ou

cerebrovascular. Entre os casos fatais 86% tinham acometimento respiratório, desses 33% acometimento cardíaco associado e 7% acometimento cardíaco isolado.

Esse contexto de pandemia mundial, com o adoecimento da população em nível alarmante, trouxe para países como o Brasil, um colapso nos serviços de saúde, e acirrou ainda mais as expressões da questão social, refletidas nos índices de mortalidade, nas dificuldades e do não acesso não só aos serviços básicos, bem como aos demais direitos sociais, tais como: moradia, alimentação, trabalho, e as condições dignas fundamentais para o gozo da saúde e da vida. Essa realidade vem demonstrando as fragilidades referentes às políticas públicas de proteção social no Brasil.

Nessa conjuntura, o assistente social é um agente de reflexão e ação de extrema necessidade, haja vista a sua inserção nos diversos espaços institucionais multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais. E, no contexto das doenças crônicas degenerativas, a exemplo das doenças cardiovasculares, este profissional torna-se imprescindível, tendo em vista a sua intervenção no que tange às múltiplas particularidades referentes ao acesso nos serviços de atenção à saúde cardiovascular, bem como a viabilização dos direitos sociais em interfaces com outras políticas sociais, no enfrentamento das expressões da questão social postas neste campo de atuação, acirradas ainda mais com a pandemia mundial.

A atuação profissional do assistente social se dá nos mais diversos espaços, onde é viabilizado o acesso às políticas de atenção à saúde, moradia, educação, cultura, previdência, entre outras. Na área da saúde a sua inserção vai desde a atenção básica, até a alta complexidade, no âmbito privado e público, tendo o SUS e seus princípios como os norteadores para a sua intervenção, em consonância com os princípios ético-políticos da profissão, conforme estabelecido em legislação específica da área do Serviço Social.

Na atenção à saúde cardiovascular, considerando a região norte do país, em Belém está localizada a maior instituição de referência nessa área, bem como outras doenças crônicas não transmissíveis, a qual atende um público da região metropolitana e interior do estado, envolvendo, homens, mulheres, gestantes, crianças, adultos e idosos. Nesse cenário, os profissionais buscam por meio de atendimento multiprofissional prestar a população usuária do serviço ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, dado os altos índices de acometimentos cardiovasculares. A instituição trabalha na assistência, ensino e pesquisa, formando ainda profissionais que possam atuar numa perspectiva de integralidade na problematização das questões envoltas a este cenário, na reflexão e construção de saberes para a sociedade.

Partindo deste panorama, este trabalho pretende refletir sobre a atuação do assistente social na atenção à saúde cardiovascular, trazendo as particularidades do atendimento em uma instituição hospitalar de alta complexidade do SUS, na região amazônica, tendo como foco o atendimento com mulheres em ciclo gravídico e puerperal, que adentram a instituição pela demanda do tratamento materno infantil associado aos riscos por acometimentos cardiológicos. Parte-se de experiência vivenciada na Clínica Obstétrica da Fundação Estadual Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, a qual permitiu a partir do cenário de educação em serviço na Residência Multiprofissional, desenvolver atividades práticas e teóricas que visam contribuir no âmbito da assistência e pesquisa da instituição.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo, do tipo relato de experiência, referente ao período (julho a setembro de 2019 e fevereiro de 2020) no qual a autora esteve atuante na condição de assistente social residente na Clínica Obstétrica /3° andar da instituição – Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV). Tem como objetivo descrever sobre a prática profissional do assistente social na Clínica Obstétrica da FPEHCGV. A partir desta, refletir sobre o trabalho realizado junto às usuárias, gestantes e/ou com fetos em desenvolvimento, por demanda de agravos cardiológicos; e discutir sobre desafios e possibilidades quanto a viabilização dos direitos sociais desses sujeitos, a partir da atuação profissional na referida instituição. O estudo se fez possível mediante a sistematização da prática do assistente social, partindo-se dos acolhimentos realizados por este profissional, bem como de observações, anotações feitas pela autora e orientações aos usuários.

Acerca do relato de experiência, este envolve a participação ativa do profissional/pesquisador, e articulado a um arcabouço teórico-metodológico, assim, é efeito de significação. (DALTRO e FARIA, 2019)

Para Macedo (2016, apud Daltro e Faria, 2019) a experiência é compreendida a partir de duas perspectivas: primeiro, como inseparável da subjetividade; e segundo, como promotora do que chama de "memória incorporada" em um corpo que simultaneamente cria e é habitado pela experiência. Sob esta ótica, a experiência como objeto de análise do relato, torna-se "uma fonte inesgotável de sentidos e possibilidades passíveis de análises. "

O relato se constitui como narrativa autoetnografica, a qual ratifica a experiência enquanto fenômeno científico, e "organiza-se por meio da linguagem, envolvendo ideologias, metodologias,

interações dialógicas entre sujeitos, contextos, concepções sociopolíticas e históricas [...]" (DEMO, 2011).

Em que pese ao relato de experiência por meio de profissões interventivas como é o Serviço Social, pode-se afirmar que este tipo de narrativa está em consonância com a dimensão investigativa, e apresenta-se como elemento constitutivo da sistematização da prática profissional. A sistematização não é o encerramento das ideias, mas, a constante associação ao existir profissional/pesquisador, com seus saberes teóricos reflete e dá visibilidade às suas ações, bem como a questões do cotidiano que pouco podem estar sendo problematizadas.

Os escritos teórico-práticos trazidos por meio deste, tornaram-se possíveis por meio da utilização da observação e descrição do cotidiano profissional da própria autora, atuante na clínica conjuntamente ao profissional, assistente social responsável pelo setor (preceptor). A observação além de configurar-se um meio de trabalho utilizado pelo assistente social quanto a reflexão e apreensão das expressões da questão sociais postas nas demandas em seu cotidiano, constitui-se ainda enquanto instrumento de pesquisa.

A observação enquanto instrumento técnico operativo, está diretamente relacionada a todo o processo de trabalho do assistente social, uma vez que como parte do acolhimento e demais técnicas utilizadas junto aos usuários nos serviços de saúde, envolve a percepção e sensibilidade para compreender os mais diversos aspectos que os envolvem, de modo a construir e viabilizar respostas para as suas demandas. Segundo Portes e Portes (2016), a observação vem contribuindo para a operacionalização das ações profissionais do assistente social e configura-se como uma atividade humana, sendo um instrumento utilizado também por outros profissionais.

Idem, dizem que: "a observação, enquanto instrumento profissional, não se dá de forma casual e espontânea, mas através de um planejamento, de uma ação refletida que sabe aonde quer chegar, o que pretende fazer, o que precisa conhecer. " (PORTES; PORTES, 2016, p. 69)

Corroborando com este pensamento, as autoras ressaltam ainda:

> A complexidade da vida cotidiana e das relações que são estabelecidas exige do profissional de Serviço Social ir além das aparências, do trivial, do superficial, incorporando esquemas de mediações cada vez mais complexas que não se efetivam e não se resolvem através de um levantamento de dados quantitativos ou de meras informações pontuais acerca da realidade dos usuários. (PORTES e PORTES, p. 2016)

Nesse sentido, Martinelli (1994b, apud PORTES e PORTES, 2016) enfatiza sobre a importância de o profissional não se ater apenas a informações que retratam a vida dos usuários, mas de se buscar compreender seus modos de vida, suas representações, suas vivências, suas explicações sobre a vida cotidiana, suas inquietações. Desse modo, sendo a observação utilizada com essa finalidade, transcende um ato mecânico e rotineiro, configurando-se um instrumento

consciente capaz de traduzir as contradições presentes na vida cotidiana, exigindo níveis de racionalidade mais elevados.

Em se tratando da observação enquanto instrumento de pesquisa, esta possui o intuito de realizar uma investigação social, mediante o contato face a face do observador com os observados (MINAYO,2010). Enquanto instrumento de pesquisa, a observação não se limita a pesquisa acadêmica (FORTES e FORTES, 2016).

A observação com essa finalidade, pode ser utilizada como uma técnica de apreensão de dados, ao mesmo tempo que pode ser utilizada com uma técnica complementar a uma entrevista, por exemplo, abre a possibilidade de captar situações que não seriam absorvidas somente com a realização de perguntas.

As observações feitas foram registradas em diário de campo da autora e buscou-se sistematizar a prática profissional, utilizando-se ainda do referencial pertinente sobre a política de saúde no Brasil, com a construção do SUS e na contemporaneidade, bem como trazer reflexões teórico-práticas, apresentando-se aqui como complemento a pesquisa bibliográfica realizada, as experiências vivenciadas no cenário da residência multiprofissional, e o que os autores da área do Serviço Social discorrem acerca do exercício profissional do assistente social nesse contexto, bem como o que dizem as legislações que regulamentam a profissão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1.1 A Política de Saúde no Brasil e Serviço Social

A saúde enquanto direito social, está inserida num universo de políticas públicas constituintes do modelo e desenvolvimento da Política de Seguridade Social, a qual foi instituída no Brasil pela Constituição Federal de 1988 (CF-88) e expressa-se nas três políticas que a materializam: saúde, assistência social e previdência social.

Tal conquista é fruto de um intenso processo de lutas, reivindicações e pressões sociais, o qual teve grande avanço durante o período de redemocratização do país, entre as décadas de 1970 e 1980 vindo a ter como início para a sua consolidação enquanto direito, a partir do projeto iniciado pela Reforma Sanitária, visando-se a construção de um novo modelo assistencial.

Nesse período pós-constitucional, veio a se incorporar uma noção ampliada às condições de saúde. A Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde, institui:

> Art. 3°. A saúde tem 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.

> Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (Lei n. 8.080 de 19/09/1990)

Segundo Lobato (2012), essa mudança quanto a noção do conceito de saúde, foi um importante avanço para a formulação e implementação de políticas na área. E, mesmo havendo a criticidade quando a esta noção, por tratar a saúde como resultado de um conjunto de outras condições, esta mesma ideia conduz a referência fundamental para compreensão e o enfrentamento do processo saúde adoecimento como fenômeno social, e contribui para o reconhecimento de fatores e condições sociais na construção das ações de saúde. Essa associação foi um importante balizador para implementação de diversas políticas sociais, incluindo as de saúde. (LOBATO, 2012).

A criação e implementação da lei 8.080, juntamente ao Sistema Único de Saúde – SUS vem sendo marcadas por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio SUS. (NOGUEIRA e MIOTO, 2006)

A discussão em torno da concepção ampliada de saúde, conjuntamente a construção de um novo modelo assistencial proposto, vem sendo alvo de debates e discussões em conferências, documentos e diversos atores sociais. Desse modo, Zucco e Senna, (2012) refletem sobre esta discussão, apresentando conceitos, elementos relacionados à sociabilidade, aos avanços em torno da apreensão conceitual, bem como sobre a concretização dos princípios que permeiam a política de saúde, os quais perpassam pelo acesso às demais políticas sociais. Ou seja, "entende-se que a saúde foi de fato incorporada ao aparato do Estado como questão social. " (Zucco e Senna, p. 109)

Neste interim, para as autoras, o planejamento e a implementação da política de saúde, devem situar os sujeitos individuais e coletivamente no contexto de suas relações sociais, econômicas e culturais. Ademais, a organização do SUS em seus programas integraria e daria visibilidade à raça e etnia, ao gênero, à religião e a orientação sexual, no sentido de contribuir na redução da vulnerabilidade social.

Os princípios organizativos e doutrinários do SUS, trazem preceitos capazes de retratar múltiplas interfaces desejáveis ao sistema de saúde e as práticas que nele são exercidas, estando estes em consonância ao aparato ético político que norteia o exercício profissional do Assistente Social.

O Serviço Social é uma profissão de caráter interventivo, que forma o Assistente Social e tem na "questão social" o seu objeto de intervenção, a qual conforme Iamamoto (2006) tem "a base de sua fundação enquanto especialização do trabalho. " (Iamamoto, p. 16). No aparato teórico da mesma autora, entende-se a "questão social" apreendida enquanto o "conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista", expressas nas esferas: "econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. " (Iamamoto, p. 17)

Partindo-se desta delimitação, é que:

> Os assistentes sociais, por meio da prestação de serviços sócio assistenciais nas organizações públicas privadas, interferem nas relações sociais cotidianas no atendimento às mais variadas expressões da "questão social" vividas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia e pela terra, na saúde, na assistência social pública, etc. (IAMAMOTO, 2006, p. 16-17)

A saúde tem sido um campo histórico de atuação do assistente social, e com a implantação do SUS e os avanços em seu desenvolvimento, o profissional de Serviço Social vem se inserir neste cenário, buscando criar estratégias que reforcem ou criem ações que efetivem o direito social. Segundo o documento que norteia os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na área da Saúde (CFESS, 2010, p. 28) a sua ação profissional na área da saúde passa "pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais, que interferem no processo saúde/doença na busca de estratégias políticas institucionais para os enfrentamentos das questões".

Muitas das demandas individuais apresentadas nos serviços são constituídas por demandas coletivas as quais demonstram as insuficiências do sistema de saúde para responder as necessidades dos usuários. Com a implantação do SUS, o exercício profissional do assistente social se volta para a reorganização dos serviços de saúde, nas ações de integralidade, na intersetorialidade e no controle social, em que busca fortalecer e legitimar a concepção de saúde ampliada e de universalização do acesso a saúde. (BORGES, 2019)

Nos serviços de saúde, onde os assistentes sociais estão presentes, estes devem mobilizar conhecimentos, saberes, técnicas e instrumentos relacionados ao Serviço Social e as políticas que estes profissionais viabilizam. Sob esta perspectiva, Zucco e Senna (2012) apontam que a identificação entre projeto profissional e política de saúde potencializa alternativas de práticas de saúde comprometidas com a defesa da vida (individual e coletiva). Para as autoras, essa interdependência favorece a realização de ações de inclusão da população aos programas sociais e de saúde, além de demandar dos assistentes sociais a apropriação de conhecimentos e de recursos que permitem alargar o campo de discussão do profissional. Nesse interim,

> Em seu cotidiano de trabalho nas instituições de saúde, o assistente social é chamado a intervir em situações que se referem à organização da vida e aos modos de viver em sociedade. As atuações profissionais compreendem, desse modo, uma dimensão macrossocial, uma vez que os arranjos sociais são produções coletivas. E abrangem, igualmente, uma dimensão macrossocial e intersubjetiva. Essa dá visibilidade ao sujeito, pois a maneira como se vive a produção coletiva é singular e situada em um corpo. (ZUCCO e SENNA, 2012, p. 115)

Esta perspectiva implica reconhecer as dimensões sociais no cotidiano de trabalho, e "possibilita ao Assistente Social observar, em seu fazer profissional, a forma como as relações sociais se organizam e as expressões singulares dos sujeitos nesse ambiente " (ZUCCO e SENNA, 2012, p. 115). É importante pontuar o entendimento de que embora os processos de viver a saúde e adoecer se manifestem de forma individual, estes são gerados em um mesmo contexto social. Assim, conforme as autoras, pode-se dizer que o assistente social nos espaços de saúde vem atuar na implementação e programação de ações articuladas a outras políticas sociais e ações interdisciplinares e intersetoriais.

Sob esta orientação entende-se que o assistente social desenvolverá a sua prática em interação com o usuário, utilizando-se de recursos como a comunicação, observação, fala e escuta, a compreensão e contextualização da história de vida dos sujeitos, inserido em relações sociais e econômicas determinadas. O profissional pode ainda desenvolver ações educativas que contemplem uma finalidade sob a perspectiva da integralidade em seu processo de trabalho, nas relações individuais e coletivas.

O documento denominado Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na área da Saúde (CFESS, 2010), já citado, contextualiza, reflete e apresenta um conjunto de orientações com a finalidade de nortear a intervenção destes profissionais neste campo de atuação. Visa responder, portanto:

> [...] um pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais as demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde aquelas que ora requisitadas pelos usuários dos serviços ora pelos empregadores desses profissionais em saúde. Procura nesse sentido, expressar totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando as particularidades das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, na média e alta complexidade em saúde. (CFESS, 2010, p. 11-12)

O CFESS (2010) expõe quatro grandes eixos de atuação dos assistentes sociais na saúde, a saber: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

O atendimento direto aos usuários, bem como as demais esferas de atuação dos assistentes sociais pode se dar nos mais diversos espaços e serviços de atenção à saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade. Essas ações

ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira, como em unidades da Estratégia de Saúde da Família, em postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

O CFESS (2010) discorre ainda sobre as ações predominantes no atendimento direto aos usuários, sendo elas: ações sócio assistenciais, ações de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas, as quais seguindo a orientação e compreensão teórica e ética da profissão, não devem ocorrer de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis.

O documento (CFESS, 2010) ressalta, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão a estudantes de Serviço Social.

O assistente social na área da saúde, para além do documento apresentado pelo CFESS, tem sua prática norteada por direitos e deveres, regulamentada nos seguintes documentos: Código de Ética do Assistente Social, Resolução CFESS N° 273, de 13 de março de 1993; Lei de Regulamentação da profissão (n° 8.662, de 07 de junho de 1993); Resolução sobre a supervisão direta de estágio (n° 533/2008); Lei sobre a duração do trabalho do Assistente Social (n° 12/317/2000); Resolução CFESS n° 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional da saúde; Resolução CFESS n° 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do Assistente social; Normatizações do SUS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Legislação específica por segmentos (idoso, mulher, criança e adolescente, LOAS, entre outros).

As referidas documentações normativas visam contribuir com o processo do exercício profissional do assistente social, fundamentando teoricamente e legalmente os instrumentais de trabalho na busca pela consolidação e efetivação dos direitos sociais.

A perspectiva trazida por estas normativas, em consonância com o projeto da Reforma Sanitária que reforça um olhar ampliado das questões sociais pelo Assistente Social, tem sido um desafio para o seu cotidiano profissional. O CFESS reflete ainda sobre essas dificuldades encontradas para a efetivação da política pública de saúde, expressas na desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, no desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, nos dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, nos avanços e recuos nas

experiências de controle social, e na falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. (CFESS, 2010).

Reforça-se portanto, os princípios trazidos pelo SUS e pelas normativas vigentes na área do Serviço Social, refletindo-se neste manuscrito sobre a atenção cardiovascular no Brasil, haja vista os inúmeros desafios no que tange às expressões da questão social nesse contexto de adoecimento mundial, na região amazônica, expressões estas que impactam de maneira contundente as condições de adoecimento e melhoria da qualidade de vida da população, como as pessoas com doenças crônicas, a exemplo das cardiovasculares.

1.2 A Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular: a vivência em formação para o trabalho e o exercício profissional do Assistente Social numa Clínica Obstétrica.

A Residência Multiprofissional foi instituída no âmbito do SUS e da Educação, mediante a Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. Posteriormente, com a portaria nº 45 de 12 de janeiro de 2007, que estabeleceu as diretrizes para os programas e a composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, tal modalidade, configurou-se como ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais com qualificação ética e profissional, com carga horária entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas semanais.

A portaria nº 45 também institui como eixos norteadores para os programas de residência: cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica; concepção ampliada de saúde; política nacional de educação e desenvolvimento no SUS; atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; articulação com a Residência Médica; descentralização e regionalização; integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema expressando o compromisso deste modelo de formação em saúde com o Sistema Único de Saúde.

Sob esta perspectiva de formação para o trabalho, conforme Silva (2016) entende-se a residência multiprofissional como um campo de formação em desenvolvimento voltada para necessidades de saúde e a partir de realidades sociais, ou seja, como uma ação estratégica voltada para a formação e nos moldes dos princípios do SUS.

A formação profissional em serviço é uma das atribuições do assistente social em diversos campos de atuação, e no cenário da saúde contempla além da supervisão de campo aos estudantes

de Serviço Social, a contribuição com a formação na pós-graduação em serviço, por meio da supervisão docente-assistencial. É nesse modelo que se insere a residência multiprofissional da saúde.

> Assim, o residente de Serviço Social ingressa nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (...) onde recebe bolsa de trabalho, não sendo, de fato, funcionário da instituição, mas sim um profissional em formação que participará de um programa de pós-graduação com carga horária que envolve aulas teóricas e práticas, supervisionado por profissional da instituição, por prazo determinado. (BRASIL, 2017, p. 43)

No que tange a ênfase em Cardiologia, a residência multiprofissional no estado do Pará e no âmbito do SUS tem como instituição formadora a Universidade do Estado do Pará e como instituição executora a Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FEPHCGV). Nesse espaço, a residência na área do Serviço Social segue no objetivo de fomentar o processo de investigação e capacitação continuada na área da saúde e outras políticas, a fim de que o projeto ético-político da profissão, em consonância ao proposto pela Reforma Sanitária seja fortalecido e consolidado, além de se garantir por meio dela articulação do tripé ensino, pesquisa e extensão. O espaço hospitalar constitui-se um vasto campo para o desenvolvimento nessas esferas.

A FEPHCGV é uma instituição voltada para a assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas referências de Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia, criada para assegurar à população soluções no atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, tendo como uma das visões e valores a excelência e o humanismo, e visando contribuir para o ensino e a pesquisa.

Segundo histórico disponível nos acervos digitais da instituição, em 2013, a mesma foi certificada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) como Hospital de Ensino, através da Portaria 167/2013.

No âmbito assistencial, são oferecidas consultas e internações em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica e Clínica Ginecológica e Obstétrica voltadas prioritariamente a pacientes que se encaixam no perfil das referências.

Conforme apresenta o acervo digital/site da instituição, o hospital foi inaugurado em fevereiro de 1987, tendo recebido o nome do cientista paraense Gaspar Vianna, descobridor da cura da Leishmaniose. No início de sua trajetória, o Hospital atendia unicamente a especialidade de Psiquiatria. Em 2001, no dia 1° de Abril, a instituição foi transformada em Fundação Pública Estadual, e deixou de ser um estabelecimento voltado apenas para as clínicas básicas e Psiquiatria. Sua estrutura foi ampliada de 11.000 metros quadrados para mais de 22.000 metros quadrados, tornando-se um dos Hospitais mais completos do Brasil.

Na especialidade da Cardiologia, no âmbito ambulatorial, a instituição realiza consultas a pacientes que estejam regulados pela Secretaria de Saúde do Município de Belém (SESMA) e outros municípios por meio da regulação intermunicipal. O ambulatório conta ainda com 03 programas: 1) Programa de atendimento a criança cardiopata; 2) Programa de atendimento pré-natal a gestantes cardiopatas e/ou com fetos com cardiopatia e 3) Programa de administração do medicamento Palivizumabe em crianças cardiopatas até 2 (dois) anos de idade.

A capacidade instalada para atendimento emergencial conta com 03 leitos de urgência e 09 leitos de retaguarda da urgência, localizados no Serviço de Atendimento e Triagem (SAT) /Serviço de Emergência Cardiológica (SERC). A capacidade para internação conta com 140 leitos clínicos e 40 leitos de Unidades de Terapia Intensiva.

A Clínica Obstétrica, lócus de observação deste trabalho conta atualmente com 14 leitos, os quais são destinados a receber gestantes, dentro do perfil da instituição.

Para melhor acompanhamento das gestantes cardiopatas, tendo em vista a complexidade e riscos inerentes a este perfil, foi implantado, no ano de 2017, o Programa Pré Natal Complementar de Alto Risco às Gestantes e Fetos Cardiopatas, o qual tem como objetivo o atendimento e a garantia do acompanhamento à mulher cardiopata durante o ciclo gravídico puerperal (pré-natal, parto e puerpério), e ao recém-nascido com cardiopatia, inserindo-os no fluxo de atendimento ambulatorial de cardiologia, no pós-parto. Alguns atendimentos desse programa, a exemplo do psicossocial, acontecem nas dependências da Clínica, na sala de palestra, e outros, a exemplo dos médicos e odontológico acontecem no ambulatório, tendo em vista a natureza característica do programa. (VIEIRA, et al, 2017)

O Serviço Social na instituição integra a equipe multidisciplinar nesses diferentes espaços, atuando por meio do desenvolvimento de ações de assistência, ensino e pesquisa na área da saúde, de modo a garantir o acesso humanizado aos serviços hospitalares de qualidade na perspectiva do direito à saúde.

Na composição da equipe multidisciplinar da Clínica Obstétrica, o Serviço Social trabalha nas mais diversificadas demandas, especialmente com as mulheres em ciclo de gravidez de alto risco, nas fases da gestação, parto e puerpério, que precisem de atendimento especializado nas áreas de referência da instituição. No entanto, a prática profissional estende-se, no sentido a não se reduzir ao âmbito da necessidade imediata dos usuários no processo de hospitalização, ademais, o direito à saúde é viabilizado mediante outros direitos sociais.

1.3 O perfil das usuárias da Clínica Obstétrica e a intervenção do Assistente Social

Conforme já mencionado, a FEPHCGV é uma instituição que recebe usuários dentro do perfil da Cardiologia, Nefrologia e Psiquiatria. Considerando-se as delimitações deste relato, traz-se para descrição do cotidiano profissional junto as usuárias cardiopatas, contudo, é importante ressaltar que existem usuárias que apresentam além de cardiopatia, acometimentos nefrológicos e/ou psiquiátricos, os quais podem estar associados entre si. Atenta-se aqui, porém para as expressões da questão social que podem levar essas mulheres a tais condições de adoecimento.

Mulheres, adolescentes, adultas, de localidades urbanas, rurais, quilombolas ou ribeirinhas, chefas de família, domésticas, agricultoras, faxineiras, operadoras de caixa, vendedoras, professoras, entre outras, estudantes, com nível de escolaridade fundamental, médio ou analfabetas. Solteiras, casadas, primigestas, multigestas, algumas realizando um desejo pela maternidade, buscam o serviço de saúde especializado, haja vista que a cardiopatia materna ou fetal, traz implicações de saúde à ambos. Muitas, ainda no início da gestação, buscam o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima da residência, por vezes esse acompanhamento nem sempre tem seu início quando deveria. Oriundas da Região Metropolitana de Belém ou cidades do interior. Muitas são beneficiárias do Programa Bolsa Família e contam com os serviços de saúde das UBS e Estratégia Saúde da Família em suas localidades, outras, precisam se deslocar por km de estradas ou rios para realizar o pré-natal. Gestantes ou puérperas, por vezes na primeira ou quarta internação hospitalar, desde o início do ciclo gravídico. Encaminhadas de maternidades, hospitais públicos e privados, municipais ou regionais, em situação de urgência (por vezes com hipertensão aguda, cardiopatas congênitas[2] ou não. E ainda, as cardiopatas que por vezes já num estágio avançado de gravidez, após exames realizados no serviço de saúde de seu município, recebem o diagnóstico de que a criança em desenvolvimento gestacional também apresenta cardiopatia. Se direcionadas à Secretaria de Saúde Municipal, é viabilizado o processo para o Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Se não, são conduzidas diretamente por ambulância do município, ou, seja conduzidas por outro transporte terrestre ou hidroviário (por conta própria), "peregrinam" pela rede de serviços, e chegam a emergência cardiológica da FEPHCGV. Posteriormente são direcionadas para o Centro Obstétrico (quando em trabalho de parto), ou para as dependências da Clínica Obstétrica, quando em situação de risco, precisam ficar em acompanhamento e observação pela equipe médica especializada. Entre as mesmas, muitas são direcionadas sob risco de morte materna, ou são

[2] As cardiopatias congênitas (CC) são malformações anatômicas do coração que causam alterações no funcionamento da hemodinâmica cardiovascular. Clinicamente elas podem ser classificadas em acianóticas e cianóticas. As CC que manifestam comprometimento hemodinâmico durante o período neonatal são causas frequentes de emergência pediátrica, o que favorece um diagnóstico mais precoce. (ALMEIDA et al, 2020)

acolhidas por situação de óbito fetal, seja no início ou até nas últimas semanas de gestação. A maioria vem acompanhada pela mãe, irmã, tias, amigas ou vizinhas, algumas pelo companheiro, ou até sós. A equipe multidisciplinar realiza o acolhimento necessário, tomando providências, encaminhamentos, intervenções e orientações cabíveis. (Notas da autora)

Conforme exposto em nota acima, majoritariamente, observou-se ser esse o perfil de mulheres que chegam até a FEPHCGV, a partir da observação e participação nos atendimentos feitos diariamente pelo Serviço Social. O perfil revela uma parcela de uma população que dentro do contexto das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a atenção cardiovascular, que demanda de atenção e acolhimento de suas particularidades, bem como da busca por conhecimento, reflexão e qualificação técnica para dar respostas que contemplem o princípio da integralidade.

A despeito do perfil de mulheres, gestantes e puérperas atendidas na FEPHCGV, infere-se que existem particularidades a serem problematizadas e pensadas por parte da equipe multiprofissional, a exemplo da discussão sobre a gravidez na adolescência, e a necessidade de orientação e devida atenção no âmbito das políticas públicas. Há de se considerar o fator idade, no que tange a saúde materno infantil, associada a outras variáveis, tais como as condições de vida, acesso aos serviços de saúde das gestantes e qualidade da assistência à saúde reprodutiva, ao pré-natal, ao parto, e ao pós-parto.

Tais fatores, devem ser compreendidos por um viés totalizante, entendendo-se que as demandas que se materializam no espaço de saúde, não dizem respeito somente a um estado biológico de adoecimento dos órgãos (coração, rins e cérebros), mas, que o seu agravamento se dá em um contexto de acirramento das expressões da questão social, onde a saúde apresenta-se como campo conflituoso e exposto, na medida que sofre restrições financeiras e tentativas sucessivas de privatização, desmonte e sucateamento. Percebe-se como exemplo na contemporaneidade, as tentativas de privatização das UBS pelo atual governo, bem como a negligência quanto a medidas básicas de proteção à vida. Em se tratando da saúde das mulheres, políticas públicas vêm sofrendo com essas violações, desde o atendimento, acolhimento à campanhas e educação.

Sob esta ótica, a experiência enquanto assistente social residente na clínica obstétrica, permitiu ainda refletir sobre a realidade das mulheres oriundas dos mais diversos municípios paraenses, um estado que contem 13 regiões de saúde[3], nas quais se deve organizar as referências de

[3] Um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

serviços, levando em consideração as suas complexidades sanitárias, tecnológicas e financeiras, conforme estabelece a Lei Orgânica da Saúde. Conforme afirma Santos (2016) sem esse formato organizacional o SUS não consegue se viabilizar como sistema integral, universal e igualitário.

Segundo Cruz, (2018) um dos grandes desafios para o SUS na região amazônica, é expresso pela situação das populações mais vulneráveis, uma vez que a região apresenta grandes disparidades em termos de acesso aos serviços de saúde. A região possui uma gigantesca extensão territorial com uma população bastante diversificada, (tradicionais ou não).

Pereira (2019) discorre sobre esta questão:

> No estado do Pará a extensão territorial torna-se um problema ao acesso dos serviços de saúde. A distância entre muitos municípios para a capital do Estado provoca barreiras para o deslocamento dos usuários aos espaços de atendimentos em saúde. Muitos residem em regiões distantes, onde o meio de transporte são os rios e as estradas que provocam viagens longas e cansativas. O território é constituído por 144 municípios, tendo na capital a aglomeração de equipamentos públicos de saúde especializados. (PEREIRA, p. 33)

Ainda sobre esta questão, reflete-se sobre esses obstáculos referentes ao acesso aos serviços de saúde. Assis e Jesus, (2012) colocam que esses fatores podem trazer transtornos significativos para a vida e rotina dos usuários, provocando faltas em consultas e aos procedimentos, ou até a desistência do tratamento de saúde, havendo por vezes a opção por este último, uma vez que são diversas as dificuldades que a organização do sistema apresenta aos mesmos.

O acompanhamento a gestante cardiopata deve se dar tanto nas UBS quanto em caráter complementar nos serviços especializados, conforme orienta o Manual Técnico para a Gestação de Alto Risco (2012). A FEPHCGV é uma das poucas instituições que oferecem tratamento em cardiologia no estado, sendo o único a oferecer o suporte com leitos de UTI adulto e neonatal especifica na área da cardiologia, com equipe médica e corpo técnico especializado, além de acompanhamento ao pré-natal de alto risco pela demanda específica a gestantes e fetos cardiopatas.

Assim, conforme mencionado, observa-se o acesso de mulheres de diversas regiões do estado na FEPHCGV. Todavia, reflete-se a realização de pré-natal em mais de uma instituição, considerando por vezes a logística no deslocamento, bem como permanência constante nesses espaços, não pode se tornar um fator dificultador para a continuidade do acompanhamento. Infere-se a partir da demanda de gestantes advindas de outras regiões do estado, que há fragilidades na rede de serviços ou que os municípios onde tem maternidades disponíveis não estão conseguindo dar o suporte de forma satisfatória, no que se refere ao cuidado materno infantil inerentes a uma gravidez de alto risco.

Referente a estes aspectos, por meio dessa observação, reflete-se sobre o princípio da regionalização, preconizado pelo SUS (Lei 8.080, artigo 7°, parágrafo IX, item b), o qual prevê a organização do sistema em redes, com base territorial e populacional, tendo em vista a integralidade na atenção, a promoção da equidade de acesso, qualidade, otimização de recursos e racionalidade de gastos.

Em se tratando da Atenção à Saúde da Mulher, visando alcançar este princípio, foi instituída no Brasil, por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 a Rede Cegonha, com o objetivo de promover atenção integral à saúde da mulher e da criança, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.

A Rede Cegonha é uma estratégia que visa garantir o acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, incorporação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, o direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério e garantia de seguimento da puérpera e da criança até o segundo ano de vida, propiciando a vivência destas experiências com segurança, dignidade e o respeito pelos serviços de saúde às dimensões social, afetiva e sexual do parto e nascimento e às singularidades culturais, étnicas e raciais. (BRASIL, 2012)

Ademais, a Rede Cegonha pode ser adotada no âmbito regional e municipal, no intuito organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, bem como a redução da mortalidade materna e infantil.

É válido citar estudo realizado por Portal (2019) acerca da mortalidade materna no Pará, o qual teve como campo de investigação a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (considerada a maior maternidade da região norte). O estudo revelou que cerca de pelo menos 92% das mortes maternas no estado são consideradas evitáveis. Assim, a autora problematizou e trouxe reflexões pertinentes sobre esta realidade, apontando para as expressões da questão social envoltas ao fenômeno da mortalidade materna, considerando-se o perfil apontado no estudo: mulheres em situação de vulnerabilidade social, que contam com uma rede de serviços, tanto de saúde quanto de outros dispositivos sociais fragilizados, o que contribui para os altos índices revelados de mortes.

De acordo com Albuquerque (2010), a mortalidade materna deve ser considerada e pensada não só de uma perspectiva biológica, mas sempre social, havendo, portanto, a necessidade de se investigar os diversos eventos sociais que levam as mulheres a tais condições.

É contundente afirmar que as disparidades na distribuição da renda e no acesso à infraestrutura dos bens e serviços da sociedade estão diretamente relacionadas com a experiência de vida da população menos privilegiada e da mais favorecida. (PORTAL, 2019). Em se tratando das

mulheres, essas disparidades muitas vezes, dificultam a efetivação da igualdade, inclusive perante a morte. No caso de muitas gestantes e puérperas, são desigualdades que impedem a maioria de ter uma morte "não antecipada", ocorrendo a interrupção de suas vidas antes da hora, em plena capacidade reprodutiva e produtiva.

Estudos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) indicam que as doenças cardíacas estão presentes em 4,2% das gestações e são consideradas as maiores causas de morte materna indireta no ciclo gravídico-puerperal. Além disso, das gestações agravadas com cardiopatia, 25% evoluem com algum tipo de complicação.

Vale ressaltar que, a assistência à saúde da gestante e feto cardiopata expressam a associação entre as causas de morte materna e neonatal (BRASIL, 2017). Estudos, tais como o de Nascimento et al (2012) apontam para os fatores de risco relacionados ao óbito neonatal, o que segundo os autores, reflete as condições socioeconômicas, reprodutivas, bem como as relacionadas com a qualidade da assistência pré-natal, durante o parto e com o recém-nascido, demonstrando lacunas na organização da rede de saúde. Demitto et al (2018) discutem os fatores associados à gestação de alto risco e a saúde neonatal, apontam para as condições de vida e saúde materna, entre outros, como relevantes a serem observados e investigados com maior atenção.

Na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, desde o SAT (emergência cardiológica), até a alta hospitalar na Clínica Obstétrica, ou no atendimento ambulatorial, as usuárias gestantes e puérperas são acolhidas e recebem assistência de diversos profissionais, a saber: enfermeiro, técnicos de enfermagem, médico obstetra, cardiologista, assistente social, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.

O assistente social, pertencente a equipe multidisciplinar está presente em todo o processo de atendimento e hospitalização das usuárias, haja vista a sua intervenção voltada para a viabilização dos direitos sociais. Além do acesso ao serviço de saúde, é necessário conhecer o usuário para que se faça uma intervenção posterior, se necessária. Para tanto, o profissional, bem como os demais sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde, utilizam-se de conhecimentos teóricos, éticos e políticos. No caso do Serviço Social, esses conhecimentos constituem um tripé na profissão, articulados em três dimensões, denominadas teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política.

Para o Serviço Social, a utilização de recursos, estratégias e ações que se materializam nos espaços sócio ocupacionais devem constituir uma intencionalidade, ou seja uma direção social, a qual vem sendo construída e pode ser aprimorada por meio de que dão sentido ao ser e fazer profissional.

De acordo com Sarmento (2016), os instrumentos e as técnicas se implicam, se articulam e pressupõem serem compreendidos de maneira intrínseca. Eles não se esgotam, ou seja, consolidam um aspecto da dimensão técnico-operativa, porém, "esta vai além, implica um arsenal, um instrumental técnico-operativo bem mais amplo. " (SARMENTO, 2016, p. 44)

Este relato traz para descrição e reflexão alguns dos instrumentais técnicos utilizados pelo assistente social em sua prática cotidiana na clínica obstétrica. Vale ressaltar que vários destes instrumentais não são exclusivos do Serviço Social, e que a sua utilização não deve se constituir um fim em si, nem tampouco fazer-se uso dos mesmos como meros recursos.

A abordagem é o primeiro contato do profissional com o usuário. É o momento no qual o Assistente Social ao apresentar-se de forma cordial perante o mesmo, deve deixar claro sobre o objetivo da sua intervenção, tendo em vista uma melhor aproximação, interação, respeito e reconhecimento do seu papel, bem como do empoderamento do usuário nesse processo.

A abordagem está diretamente associada à forma como se tem construído a aproximação profissional com os usuários, sujeitos também da realidade social. É também reveladora dos conhecimentos e saberes acumulados pelo profissional que se explicitam nas atitudes, posturas e posicionamentos dos assistentes sociais. (PORTES e PORTES, 2016). Portanto, trata-se de um processo não somente construído por uma dimensão afetiva, mas, por uma aproximação mediada pelos princípios ético-políticos do Serviço Social que pode viabilizar futuras ações profissionais.

O acolhimento está diretamente relacionado com a abordagem, ambos se complementam, uma vez que visam a construção de uma cultura profissional que cultive relações profissionais baseadas na horizontalidade e dialogicidade, buscando romper, portanto, com relações de poder que cerceiam a possibilidade de os usuários se perceberem como sujeitos. Pressupõe que o assistente social deve manter uma postura receptiva, sem emitir julgamentos de valor que incitem ao preconceito e à discriminação. (PORTES e PORTES, 2016)

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) o acolhimento é definido como o processo de "reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. " Segundo a mesma política, o acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações e dado o seu valor das práticas de saúde, "o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva." (BRASIL, 2013. p. 07).

Seguindo o proposto pela PNH, tal processo deve ser realizado mediante escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, de modo a garantir o acesso oportuno dos

usuários as tecnologias adequadas às suas necessidades, de modo ainda a ampliar a efetividade das práticas de saúde. Assim, a PNH sugere, que se assegure a todos o acolhimento com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. (BRASIL, 2013)

O acolhimento enquanto instrumento técnico operativo do Serviço Social é realizado na clínica obstétrica, mediante visita ao leito das usuárias e abordagem ao acompanhante e usuária em espaço delimitado para o atendimento psicossocial, o qual dispõe de uma mesa com duas cadeiras. Esse momento busca favorecer uma escuta e conhecer o contexto social e cultural que levaram tais sujeitos a este serviço, tendo em vista a compreensão de sua realidade social e intervenções posteriores por meio de outros instrumentais/ações.

O acolhimento nesse sentido, pressupõe compreender as necessidades sociais do usuário, suas experiências sociais, os motivos visíveis e também não visíveis que o levaram a buscar o serviço. O acolhimento favorece "o diálogo que o movimento de ação-reflexão-ação propicia aos envolvidos (assistente social e usuário) o desenvolvimento de um processo de análise crítica da situação, desencadeada a partir da fala do usuário. " (PORTES e PORTES, 2016, p. 82)

Dado este processo de relacionamento com o usuário, o assistente social se vale de outras técnicas para esse movimento de conhecimento-ação-reflexão-ação. Assim, **a entrevista** também é utilizada nesse percurso, pois constitui-se um instrumental técnico-operativo que também permite realizar uma escuta qualificada e estabelecer uma relação dialógica intencional com o usuário, através da qual se busca conhecer a realidade social, econômica, cultural e política onde este está inserido e que incide direta ou indiretamente sobre as suas demandas (LAVORATTI, 2016).

Nesse processo de relacionamento intencional envolvendo assistente social e usuários da clínica obstétrica, a entrevista enquanto instrumento profissional com a finalidade e organização específica assume o objetivo de conhecer a realidade social das gestantes ou puérperas, bem como prestar informações/ dar respostas as demandas postas por elas. A partir disso, o profissional estende a sua ação por meio de orientações e encaminhamentos, com vista a garantia de seus direitos.

Durante as intervenções realizadas junto às usuárias participantes do Programa Pré Natal de Alto Risco a Gestantes e Fetos Cardiopatas, que é realizado as terças feiras, na sala de palestra da clínica obstétrica, o assistente social realiza a abordagem, acolhimento, onde busca-se favorecer um ambiente dialógico, e utiliza uma ficha de atendimento social a qual é utilizada desde o início do Programa, em 2017. Este roteiro busca apreender os aspectos sobre o perfil da gestante, origem, grau de escolaridade, ocupação, estado civil, se tem outros filhos, a composição familiar, rede de apoio social e acesso a serviços de saúde e outras políticas (assistência, previdência, lazer, etc.) em

sua localidade, número de vezes que frequentou a instituição, se recebe assistência do município de origem para o acompanhamento, bem como sobre o desejo da mesma quanto ao acompanhamento durante o parto e no puerpério, haja vista que a maioria das gestantes acompanhadas pelo programa, são recomendadas a realizar o parto na mesma instituição.

É importante ressaltar que a utilização de uma ficha social, não restringe o profissional de abordar outros aspectos, considerados relevantes ali no momento da abordagem e diálogo com as usuárias, haja vista que cada sujeito social carrega uma história com sua singularidade e nesse momento, o profissional precisa estar atento e sensível as múltiplas expressões dessa singularidade que podem vir a ser compartilhadas pelas mesmas.

No caso de internação hospitalar, a entrevista social é realizada também junto a usuária, acompanhante, ou pessoa de referência da rede familiar e vizinhança. Conforme mencionado na descrição do perfil das usuárias da clínica obstétrica, várias gestantes contam com uma rede de apoio familiar fortalecida, o que favorece o processo de realização do pré-natal, internação e lidar com a fase da gestação, parto, puerpério e trajetória de vida. Todavia, por vezes existem condições familiares e afetivas diversas, as quais podem demandar do assistente social e a equipe multidisciplinar, uma atenção e intervenção mais cuidadosa. Ao lado desta questão, Gomes (2010) aponta para fatores socioculturais que dificultam o acesso de mulheres ao serviço de saúde, por exemplo, o cuidado do outro em detrimento do cuidado de si e/ou a dependência financeira de outros familiares.

O processo da entrevista tem seguimento com a construção de estratégias de intervenção, mobilização de recursos e serviços de enfrentamento da realidade que se dá por meio da disponibilização de informações, realização de encaminhamentos, orientações quanto ao acesso a serviços no âmbito da assistência social, trabalho, quanto ao fortalecimento de vínculos familiares, comunitários, dentre outras. Nesse sentido, a experiência vivenciada enquanto assistente social residente na clínica obstétrica, permitiu observar e destacar orientações e encaminhamentos diversos para a atenção a saúde materno infantil, em articulação com outras políticas intersetoriais, que envolvem não só o binômio (mãe e filho), mas também suas famílias, seu território de origem.

Foram realizadas orientações sobre o **direito ao acompanhante,** conforme assegura a legislação brasileira, sobre a presença de acompanhante hospitalar em consultas, independentemente da idade, do gênero, da condição física ou mental do atendido. A portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde prevê ao paciente "o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e nos exames" e também assegura "o direito a acompanhante, nos casos de

internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida". (BRASIL, 2009, art. 4°, parágrafo VI.)

No caso de gestantes, a Lei 11.108/05 determina que "os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato". (BRASIL, 2005). Essa pessoa é de livre escolha da gestante.

Durante a hospitalização, é orientado também ao pai da criança sobre o livre acesso, sendo este um direito assegurado e estratégia para incentivar a participação deste sujeito no processo ativo de gestação e cuidado aos envolvidos.

Foram dadas orientações sobre **acomodações e refeições,** visto que tanto no SUS quanto nos planos de saúde, o acompanhante tem direito a acomodações adequadas e às principais refeições durante a internação. Contudo, em diversos hospitais públicos os leitos são insuficientes, inclusive para abrigar os pacientes, não existindo, muitas vezes, um local adequado para o acompanhante.

Sobre o **direito da criança a certidão de nascimento,** esta orientação é dada às usuárias, aos pais e outros familiares acompanhantes no momento do acolhimento, bem como por meio de cartilha informativa entregue aos mesmos, sendo reforçada no pós-parto e no momento da alta hospitalar.

O registro de nascimento é um direito fundamental da criança e deve ser realizado logo após o nascimento e de forma gratuita (conforme o artigo 30 da Lei nº 9.534/97). E, através desta, a criança poderá ter acesso aos primeiros benefícios tais como vacinas, consultas pediátricas na rede do SUS e, mais tarde, o direito à escolarização, por exemplo.

Conforme já mencionado, a orientação social às usuárias e seus familiares abrange a política de Seguridade Social, estendendo-se assim para além das necessidades de cuidado materno infantil, ou recuperação da saúde. Assim, na Clínica Obstétrica, observou-se a orientação e encaminhamento aos **serviços sócios assistenciais** às famílias, como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), onde por meio do Cadastro Único (CADÚNICO) é viabilizado o acesso e participação do cidadão em programas, tais como: Bolsa Família, Tarifa Social de Energia Elétrica, Minha Casa Minha Vida, Telefone Popular, Isenção em concursos, além do CRAS oferecer ainda o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). O CADÚNICO também passou a ser requisito obrigatório para concessão e manutenção do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Todavia, durante o rodízio enquanto residente na Clínica Obstétrica não houve demandas quanto a este último serviço.

A Lei Orgânica de Assistência Social/LOAS (Lei n° 8.742 de 7 de dezembro de 1993) que constitui o tripé da Seguridade Social, constitui-se uma política pública, que assegura serviços, programas, projetos e benefícios, os quais devem ser assegurados a todo cidadão, para garantir atendimento as suas necessidades básicas. (BRASIL, 1993). Assim, estes dispositivos devem ser visíveis e compartilhados com a sociedade, estando o assistente social, dentro de sua competência e compromisso ético político, um protagonista na democratização para o acesso a essas políticas.

Durante o período de experiência na clínica obstétrica, foram identificadas necessidades que se observou demandas de orientações sobre **Direitos previdenciários,** como o **auxílio maternidade**. Foram poucas das usuárias que trouxeram esta demanda, sendo as mesmas orientadas e informadas sobre os meios de comunicação (telefone e site), bem como sobre o comparecimento nas dependências do Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) para receber orientações mais específicas acerca dos processos e tramites necessários, bem como esclarecimentos cabíveis conforme a particularidade de cada uma.

O benefício deve ser assegurado pela Previdência Social a gestantes ou adotantes, sejam elas empregadas, avulsas, domésticas, contribuintes especiais, facultativa ou individual, ou mesmo as desempregadas, que estejam na condição de seguradas, conforme a lei 8.213 de 24 de julho de 1991 e decreto 3.048/99. Vale ressaltar alterações recentes previstas no decreto 10. 410 de 30 de junho de 2020, a ser considerado em orientações posteriores.

No que se refere ao direcionamento sobre as **redes de serviços para a continuidade do cuidado,** foram realizadas orientações sobre a rede de atenção à saúde e outras políticas, como as UBSs, CAPS, Secretárias de Saúde Municipal e Estadual, Ministério Público, entre outras.

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD), foi identificado muitas vezes um fator dificultador para a continuidade do cuidado, devido o desconhecimento sobre o serviço por parte de algumas usuárias. Assim, realizou-se pela assistente social residente e preceptora, orientações sobre as características e foi realizado encaminhamento necessário por escrito para a inclusão no programa, caso a mesma optasse por tal.

O TFD é um Programa que foi criado por meio da Portaria n° 55, de 24 de fevereiro de 1999, abrangendo as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), e tem como objetivo garantir o acesso ao paciente de um município, a serviços assistenciais de saúde em outro município. O usuário da rede de saúde pública que necessite acessar um outro serviço de saúde fora do seu município de origem, deve ser referenciado a outro município ou estado, quando esgotados todos os meios para tratamento no seu município.

Foi reforçado ainda a orientação quanto ao TFD e a sua importância em casos de internação e alta, colocando-se o direito do usuário em ser assistido pelo programa no deslocamento de retorno para o seu município de origem.

Outra ação observada e experenciada durante o curso da residência, envolve as situações de alta hospitalar, as quais trazem para reflexão os processos coletivos de trabalho, pois demandam articulação com a equipe. Segundo Vasconcelos e Peixoto (2018), a alta social constitui-se uma atividade importante na atuação profissional do assistente social, tendo em vista que traz reflexões sobre a nossa autonomia, sobre a integralidade do cuidado e a autonomia dos usuários e de suas condições de vida no ambiente fora do hospital. Nesse sentido, o CFESS (2010) discorre sobre os parâmetros para a atuação profissional quando se trata de alta hospitalar, seja médica e/ou social, e alta a pedido:

> A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido a alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de Serviço Social notificar à equipe, registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe. A alta a pedido também é uma situação que recai sobre a equipe e, muitas vezes, sobre o profissional de Serviço Social. Algumas reflexões são importantes sobre o significado da alta e da autonomia do usuário no serviço de saúde e que procedimentos a equipe deve adotar coletivamente. O usuário, na condição de sujeito protagonista da sua história, deve ser autônomo para decidir sobre os rumos do tratamento de saúde a ser adotado e a que procedimentos deve ser submetido. No caso de solicitação de alta, o usuário deverá ser abordado pela equipe de saúde. Segundo o artigo 46 do Código de Ética Médica, os médicos só podem se recusar a dar a alta a pedido ao usuário no caso de iminente risco de vida, em caso contrário, deve ser respeitada a decisão do usuário. (CFESS, 2010, p. 48)

Vasconcelos e Peixoto (2018) reforçam sobre a importância de se refletir e construir diálogos entre os saberes, de modo que fique claro também para os demais profissionais, o que constitui a atribuição do assistente social e a sua importância nos processos que envolvem os usuários, como na compreensão dos determinantes sociais em torno da alta dos mesmos.

Em **situações de óbito**, o assistente social também realiza atendimento junto aos usuários e familiares em conjunto com a equipe de saúde. Esta por vezes é uma demanda bastante recorrente na clínica obstétrica da FPHCGV, em sua maioria devido os óbitos fetais. Nessas situações, cabe ao assistente social informar e realizar encaminhamentos quando demandado pela família, para o acesso ao Benefício Eventual[4] e os direitos propostos pela LOAS.

E ainda, o trabalho do assistente social demanda a sistematização dos atendimentos realizados, por meio dos registros nos prontuários, os quais devem ser realizados diariamente. Trata-se de registrar as ações desenvolvidas, as informações básicas sobre os aspectos mais

---

[4] Entende-se como as provisões suplementares e provisórias que integram organicamente as garantias do SUAS e são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública. (Art. 22, lei nº 12. 435, de 2011)

relevantes da vida do usuário, a fim de dar visibilidade as competências de nossa profissão para a equipe multiprofissional e que possa facilitar a comunicação e o diálogo entre a mesma.

A despeito do exercício do trabalho em equipe, este exige reconhecer e valorizar os diferentes saberes, mediante uma postura aberta para o diálogo de forma horizontal, desde modo, ressalta-se a importância do trabalho junto a equipe multiprofissional no período vivenciado na residência em atenção à saúde cardiovascular, o qual permitiu refletir sobre a autonomia e a importância da troca de saberes, o diálogo e a construção de estratégias para um atendimento mais qualificado, de modo que se compreenda as singularidades e múltiplos aspectos envoltos a vivência dessas mulheres que adentram a instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato aqui apresentado permitiu sistematizar a intervenção do assistente social na alta complexidade da atenção cardiovascular, bem como identificar desafios enfrentados por este profissional no que tange a sua contribuição no processo de promoção, prevenção de agravos e reabilitação da saúde, levando-se em consideração o cumprimento dos princípios da integralidade proposto pelo SUS.

A operacionalização da política de saúde no Brasil e só pode ser concretizada de fato se em interface com outras políticas públicas, em todos os níveis de atenção tiverem a devida atenção, especialmente pelo Estado.

O assistente social mediante a sua prática contribui com o SUS e torna-se protagonista juntamente com a classe de trabalhadores sociais que buscam promover conhecimentos, ações interventivas e práticas educativas que tornem visíveis e democratizem o acesso dos usuários aos seus direitos, e especialmente para a construção de uma sociedade mais equânime.

A intervenção junto a gestantes e fetos cardiopatas, provoca reflexões sobre a vivência desses sujeitos e suas famílias no que tange muitas vezes ao não acesso a condições favoráveis de vida, aos direitos sociais para exercício da dignidade e gozo da saúde. Exige, portanto, dos profissionais, um olhar ampliado e escuta qualificada sobre o processo de gestar, nascer, adoecer e morrer. Exige o aperfeiçoamento e construção constante de práticas pensadas, que deem respostas e caminhos para os usuários quanto ao protagonismo de seus direitos sociais e suas histórias.

Por fim, a experiência profissional no formato de educação em serviço por meio da residência multiprofissional também foi desafiadora, principalmente no contexto atual de pandemia mundial. Mas, permitiu pensar a área da atenção à saúde cardiovascular, evidenciando-se a

contribuição para aprimoramento profissional, por meio do conhecimento do Serviço Social e seu caráter ético político, bem como da interação com outros saberes profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva 17**. Feira de Santana, BA, p. 2865-2875, 2012.

BORGES. T.M.S. **O trabalho do assistente social na maternidade do Hospital Universitário de Londrina-PR: um estudo acerca das demandas, atribuições, requisições e ações profissionais.** Trabalho de Conclusão de Curso (Universidade Estadual de Londrina), 2019, 109 p.

Boletim de Informações em Saúde. Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. **Estatísticas e Indicadores hospitalares.** Ano 2019. http://www.gasparvianna.pa.gov.br/site_novo/wp/wp-content/uploads/2019/04/12-BIS-DEZEMBRO-2018.pdf. Acesso em 28 de dezembro de 2020.

BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha informativa COVID-19: Escritório da OPAS e da OMS no Brasil.** Atualizado em 25 de agosto 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#risco. Acesso em 28 de dezembro de 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n° 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.** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 21 de novembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. **Estatística de mortalidade: Brasil 1980.** Brasília, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco: manual técnico.** 5. Ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Residências em Saúde: Subsídios para a reflexão.** Brasília DF: CFESS, 2017.

BRASIL. Portaria Interministerial n.45/2007 – institui diretrizes para o credenciamento de programas e determina a composição da CNRMS destaca-se que a Portaria Interministerial n° 45/2007 (atualmente revogada pela Revogada pela Portaria Interministerial n° 1.077/09).

_____**Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.** Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. (CFESS). **Parâmetros para atuação de Assistentes sociais na Política de Saúde.** Brasília – DF, 2010. (Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais). Disponível em:<http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 30 de outubro de 2020.

CRUZ, W.C. **O processo vivenciado pelo usuário no acesso ao serviço especializado de cirurgia cardiopediátrica na FPHCGV.** 2018. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Atenção à Saúde Cardiovascular) Universidade Estadual do Pará e Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Belém, 2018.

DEMO, P. **Pesquisa: Princípio científico e educativo.** (14a ed.). São Paulo: Cortez. (2011)

DEMITTO, M. O. et al. **Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2017, vol.51, e03208. Epub Apr 03, 2017. ISSN 1980-220X. https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016127103208.

DALTRO, M. R; FARIA, A. A. **Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade.** Estudos e pesquisas em psicologia. vol.19 no.1 Rio de Janeiro, jan./abr. (2019)

Hospital do Coração/ Associação Sírio Libanesa. Notícias 2020. **Impacto do Coronavírus nas doenças cardiovasculares.** Disponível em: https://www.hcor.com.br/imprensa/noticias/o-impacto-do-coronavirus-nas-doencas-cardiovasculares/ acesso em 08 de janeiro de 2021.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 10 Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

LAVORATTI, C.; COSTA, D. **A Instrumentos técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário.** Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016.261p.

LOBATO, L.V. C. **Seguridade social e saúde.** In: Zucco e Senna; R. In: Mônica de Castro Maia.; Zucco, Luciana P.; Lima, Ana Beatriz. *Serviço Social na Saúde Coletiva - Reflexões e Práticas.* Ed. Garamond, Rio de janeiro: Garamond, 2012. 296 p.

MACEDO, R. S. A pesquisa e o acontecimento: compreender situações, experiências e saberes acontecimentais. In: DALTRO, M. R; FARIA, A. A. **Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade.** Estudos e pesquisas em psicologia. vol.19 no.1 Rio de Janeiro, jan./abr. (2019)

MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NASCIMENTO R. M, LEITE A. J., ALMEIDA N. M., ALMEIDA P. C., SILVA C.F. **Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil.** Caderno de Saúde Pública. 2012;28(3):559-72.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** In: MOTA, Ana Elizabeth, et al. (orgs.) *Serviço Social e Saúde* – formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006, p. 218-240.

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf> Acesso em 28 de dezembro 2020. BRASIL. Ministério da Saúde.

PEREIRA, J. M. S. **Crianças com cardiopatia congênita que aguardam cirurgia eletiva em uma Fundação Pública Hospitalar e a intervenção do Assistente Social frente ao desafio da garantia do direito à saúde.** 2019. 134 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular) – Universidade do Estado do Pará e Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, 2019.

PORTAL, T. G. **Serviço Social e Óbito Materno: uma Experiência em uma Maternidade de Referência da Região Norte.** 2019. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança) – Universidade do Estado do Pará e Fundação Estadual Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2019.

PORTES, L. F. PORTES, M. F. **Os instrumentos e técnicas enquanto componentes da dimensão técnico-operativa do Serviço Social: aproximações acerca da observação e da abordagem.** Ponta Grossa: Estúdio Texto. (2016)

SARMENTO, H. B. M. **O instrumental técnico em Serviço Social: alguns apontamentos sobre o relacionamento.** Ponta Grossa: Estúdio Texto. (2016)

SANTOS, L. **Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS.** Ciênc. Saúde coletiva vol.22 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2017.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Notícias 2020. **Reduzir os óbitos por doenças cardiovasculares é o maior desafio da cardiologia.** https://www.portal.cardiol.br/post/reduzir-os-%C3%B3bitos-por-doen%C3%A7as-cardiovasculares-%C3%A9-o-maior-desafio-da-cardiologia. Acesso em 28 de dezembro de 2020.

VASCONCELOS, A.P.S.M.; PEIXOTO, S.L.F. **Hospital: lócus de atuação e formação profissional para assistentes sociais.** In: LOPES, C. F. Competências e Atribuições do/a Assistente Social: requisições e conhecimentos necessários. Socialis Editora, Fortaleza, CE, 2018.

ZUCCO, L. P.; SENNA, R. In: Mônica de Castro.; Zucco, Luciana P..; Lima, Ana Beatriz. Serviço Social na Saúde Coletiva - Reflexões e Práticas. Ed. Garamond, Rio de janeiro: Garamond, 2012. 296 p.

World Health Organization (WHO). **Estatísticas Covid-19, 2020.** https://ais.paho.org/phip/viz/COVID19Table.asp. Acesso em 09 de janeiro de 2021.