

Cibele Vasco Santos

**Serviço Social e Atenção à Saúde Cardiovascular:
Intervenção Profissional em Serviço de Emergência
Cardiológica da Fundação Pública Estadual Hospital
de Clínicas Gaspar Vianna**

616.12
S237s

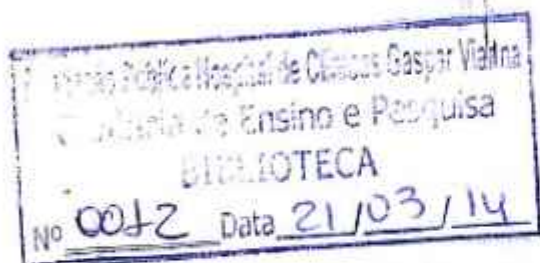
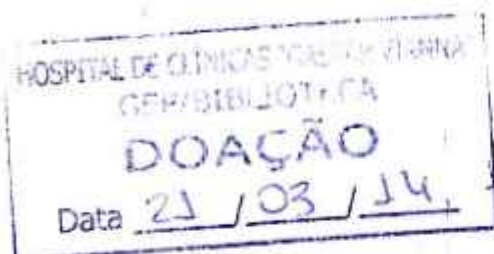
**Belém
2014**

Cibele Vasco Santos



**Serviço Social e Atenção à Saúde Cardiovascular:
Intervenção Profissional em Serviço de Emergência
Cardiológica da Fundação Pública Estadual Hospital
de Clínicas Gaspar Vianna**

**Belém
2014**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca da UEPA/CCBS. Belém - PA

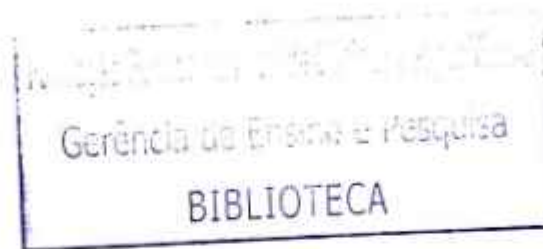
S237s Santos, Cibebe Vasco
Serviço social e atenção à saúde cardiovascular: intervenção profissional em serviço de emergência cardiológica da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna/ Cibebe Vasco Santos; Orientadora Vanja da Cunha Bezerra _2014.
64 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Saúde Cardiovascular) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2014.

I. Serviço Social 2. Intervenção 3. Emergência cardiológica. I Bezerra, Vanja da Cunha orient. II. Título

CDD; 21. Ed.616.12

Cibele Vasco Santos



**Serviço Social e Atenção à Saúde
Cardiovascular: Intervenção Profissional em
Serviço de Emergência Cardiológica da
Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas
Gaspar Vianna**

Trabalho de Conclusão de Curso da
Residência Multiprofissional em Saúde
apresentado à Universidade do Estado
do Pará como requisito parcial para
obtenção do grau de especialista em
Saúde Cardiovascular.

Orientadora: Msc. Vanja da Cunha
Bezerra

Belém
2014

Cibele Vasco Santos

**Serviço Social e Atenção à Saúde
Cardiovascular: Intervenção Profissional em
Serviço de Emergência Cardiológica da
Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas
Gaspar Vianna**

Trabalho de Conclusão de Curso da
Residência Multiprofissional em Saúde
apresentado à Universidade do Estado
do Pará como requisito parcial para
obtenção do grau de especialista em
Saúde Cardiovascular.

Orientadora: Msc. Vanja da Cunha
Bezerra

Banca Examinadora:

Presidente Msc. Vanja da Cunha Bezerra

2º membro Msc. Andréia de Souza Bezerra

3º membro Msc. Teresa Bezerra de Sena

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho
aos assistentes sociais trabalhadores da saúde

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de um processo de dedicação pessoal e profissional durante dois anos de inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, área de Atenção à Saúde Cardiovascular, que teve como cenário de prática a Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Esta travessia contou com o apoio decisivo de inúmeras pessoas especiais que fazem parte da minha trajetória de vida. Agradeço profundamente a todas elas pela contribuição para a construção de quem sou hoje como profissional e pessoa.

À minha família: pais e irmãos; à Rosi Colares; à orientadora desta monografia, Vanja da Cunha Bezerra; à coordenadora da área de Atenção à Saúde Cardiovascular, Teresa Bezerra de Sena; à tutora de Serviço Social, Andréia de Souza Bezerra; aos assistentes sociais preceptores: Arlete Lima, Enedina Campos, Mauro Lucas, Joaquina Pereira, Silvia Santos, Elizabeth Silva, Tatiane Rodrigues, Gleidiane Valle, Cecília Rodrigues, Raimundo Modesto e especialmente, à Zuleide Costa; a todos os professores das disciplinas teóricas e de forma especial, à Andrea e Reinaldo Pontes; aos profissionais que compõem o quadro de funcionários da FHCGV; aos meus colegas de Programa, especialmente à Paula Manoelle Costa, Danyelle Negrão e Roseana Leal e a todos os usuários atendidos por mim durante o percurso da Residência.

RESUMO

SANTOS, Cibele Vasco. **Serviço Social e Atenção à Saúde Cardiovascular: Intervenção Profissional em Serviço de Emergência Cardiológica da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna**. 2014. 65 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Atenção à Saúde cardiovascular) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2014.

O presente estudo objetiva compreender como se configura a intervenção profissional do assistente social em Serviço de Emergência Cardiológica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Para tal, busca caracterizar o perfil socioeconômico dos usuários internados no setor e identificar as ações cotidianas desenvolvidas pelo Serviço Social no atendimento a este público. De abordagem qualitativa, o estudo utiliza o método dialético de investigação e está estruturado a partir de pesquisa bibliográfica e levantamento de dados documentais em campo. Evidencia em seus achados um perfil social caracterizado por cardiopatas majoritariamente do sexo masculino, com faixa etária concentrada acima dos 60 anos, baixo grau de escolaridade e de renda, prevalecendo o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Indica que as ações do Serviço Social são orientadas pelo projeto ético-político da profissão e pelos princípios e diretrizes do SUS e se concentram no atendimento direto aos usuários com conteúdo predominantemente assistencial/emergencial.

Palavras-chave: Serviço Social, Intervenção, Emergência Cardiológica

ABSTRACT

SANTOS, Cibele Vasco. **Serviço Social e Atenção à Saúde Cardiovascular: Intervenção Profissional em Serviço de Emergência Cardiológica da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna**. 2014. 65 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Atenção à Saúde Cardiovascular) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2014.

This study aims to understand how it configures the professional intervention of the social worker in the Cardiology Service of the Hospital Emergency Clinic Foundation Gaspar Vianna. To this end, it seeks to characterize the socioeconomic profile of admitted users in the sector and identify the daily actions undertaken by Social Services in serving this audience. Qualitative approach, the study uses the dialectic method of investigation and is structured from a literature survey and documentary data in the field. Evidence in their findings a featured social profile cardiac mostly male, concentrated with age above 60 years, low education level and income, whichever is the diagnosis of acute myocardial infarction. Indicates that the actions of the Social Service are guided by ethical-political project of the profession and the principles and guidelines of the NHS and focus on direct service users with predominantly care / emergency content.

Key – words: Social Work Intervention Cardiology Emergency

LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
CRAS	Centro Referência de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DCV	Doença Cardiovascular
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
FHCGV	Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
FRCV	Fatores de Risco Cardiovascular
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
SAT/SERC	Serviço de Apoio à Triagem/Serviço de Emergência Cardiológica
SIMPAS	Sistema Nacional Previdência Social
SUS	Sistema único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Sexo	33
Quadro 2: Idade	33
Quadro 3: Procedência	34
Quadro 4: Situação Familiar	35
Quadro 5: Grau de Instrução	36
Quadro 6: Atividade Profissional	37
Quadro 7: Situação Econômica	38
Quadro 8: Diagnóstico	38
Quadro 9: Situação de Saúde	39
Quadro 10: Ações Cotidianas	41

SUMÁRIO

Introdução.....	8
Caminhos Percorridos.....	10
I. Serviço Social e Política de Saúde no Brasil.....	13
1.1 Construção do SUS como Política de Saúde.....	13
1.2 Doenças Cardiovasculares e Rede de Atenção à Saúde Cardiovascular.....	19
1.3 Serviço Social como Profissão Inserida na área da Saúde	21
II. Serviço Social e Atenção à Saúde Cardiovascular em Contexto Hospitalar.....	27
2.1 Serviço Social e a Atuação na FHCGV	27
2.2 Intervenção Profissional junto a Portadores de Doença Cardiovascular no Serviço de Emergência Cardiológica.....	30
2.2.1 Perfil SócioEconômico de Cardiopatas Internados.....	32
2.2.2 Ações Cotidianas do Serviço Social	40
2.2.2.1 Ações de Acolhimento	41
2.2.2.2 Ações de Acompanhamento Social.....	45
2.2.2.3 Ações para Alta e Atenção à Situação de Óbito.....	50
3. Considerações Preliminares	55
4. Referências.....	58

INTRODUÇÃO

O presente trabalho concretiza uma monografia cuja temática trata da intervenção profissional do Serviço Social em um setor de Emergência Cardiológica, indicando sua apreensão, descrição e análise.

A origem do interesse por esta temática está na experiência durante dois anos como assistente social residente de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com área de concentração em Atenção à Saúde Cardiovascular, desenvolvido em hospital público referência em cardiologia no estado do Pará, tendo a Universidade do Estado do Pará como instituição formadora.

As Residências Multiprofissionais em Saúde foram criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 e constituem-se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional.

Neste contexto, a partir da minha atuação no setor de Emergência Cardiológica e da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, é que pude vislumbrar a possibilidade de realização desta pesquisa.

A dinâmica da prática cotidiana despertou interesse em estudá-la, pois a experiência vivenciada viabilizou o contato com as mais diversas situações envolvendo portadores de doença cardiovascular, que iam muito além do adoecimento e que significavam fatores preponderantes para o agravamento da doença do usuário.

Tais situações nas quais a Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, como instituição de saúde e o assistente social são chamados a intervir e dar resolutividade às demandas trazidas por esses usuários, implicando no domínio competente de seu fazer profissional. Para além disto, chama atenção a incipiente bibliografia sobre a prática dos assistentes sociais em atenção à saúde cardiovascular no contexto de emergência.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde, através da Constituição Federal de 1988, foi definido o princípio da universalidade para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos.

Tais mudanças alteraram significativamente a demanda por serviços de saúde, e exigiram e exigem a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções. Esse contexto, formado por múltiplos problemas, de diferentes ordens, incidiu de forma bastante aguda na oferta e demanda de saúde e sobre o processo de trabalho coletivo em saúde.

O Serviço Social como profissão com atuação reconhecida na área da saúde também sofre as implicações deste processo, visto que sua intervenção expressa competências e atribuições privativas que têm reconhecimento legal nos seus estatutos normativos e reguladores, projeto ético-político que confere direção social ao trabalho profissional, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários destinatários da ação profissional, considerando o processo de saúde/doença que envolve e determina a complexidade das situações apresentadas àqueles profissionais.

Ao mesmo tempo, os sujeitos que a exercem, individual e coletivamente, se subordinam às normas de enquadramento institucional, mas também se organizam e se mobilizam no interior de um coletivo de trabalhadores que repensam a si mesmos e a sua intervenção no campo da ação profissional.

O assistente social tem uma ação profissional que se tece no dia a dia dos usuários, na particularidade de suas vidas, transita entre demandas, carências e necessidades que se constituem de ações múltiplas. Por serem tecidas no cotidiano, não podem ser repetitivas, rotineiras e esvaziadas de sentido, ao contrário, é justamente daí que advém a sua preciosidade, conforme esclarece Martinelli (1994, p. 13): “uma riqueza de vida que poucas profissões têm, temos uma atividade que se constrói na trama do cotidiano, que se constrói nas tramas do real”.

A partir deste contexto, este trabalho apresenta um estudo acerca da intervenção do Serviço Social no contexto de uma Emergência Cardiológica hospitalar, enfocando as particularidades das ações profissionais cotidianas junto ao público de cardiopatas internados no setor referido, buscando caracterizar também o perfil social dos usuários demandatários destas ações.

A escolha da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna como cenário de estudo justifica-se por ser a instituição de realização das atividades da Residência Multiprofissional e ser voltada para a assistência aos usuários do SUS, constituindo-se referência no atendimento à cardiopatas com atenção em nível integral.

Para um melhor entendimento do tema, o presente trabalho constitui-se de dois capítulos estruturados da seguinte forma:

No primeiro capítulo enfoca-se a construção do SUS como política de saúde, através de um breve resgate histórico da consolidação do direito à Saúde como direito social no Brasil. Num segundo momento, discute-se a conformação de uma rede de atenção às doenças cardiovasculares e em seguida, explicita-se o desenvolvimento do Serviço Social como profissão e sua inserção na área da saúde.

O segundo capítulo traz a contextualização do cenário da pesquisa, caracterizando a FHCGV, em seguida enfatiza-se a atuação do Serviço Social na instituição, particularizando-a no Serviço de Emergência Cardiológica (SAT/SERC) com posterior apresentação, análise e discussão dos resultados da investigação realizada.

Finalmente, são apresentadas as conclusões preliminares com relação a este trabalho e as referências utilizadas para a construção da pesquisa.

CAMINHOS PERCORRIDOS

Para o desenvolvimento de um trabalho de pesquisa, faz-se necessária a delimitação de uma metodologia, de um caminho metodológico a ser percorrido para se chegar ao resultado objetivado. Minayo (1999) define metodologia como sendo o caminho e o instrumento próprios da abordagem da realidade e que deve dispor de "(...) um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da pesquisa".

Assim sendo, esta pesquisa foi desenvolvida a partir do seguinte percurso metodológico: a abordagem foi qualitativa, visto que as questões investigadas implicaram em um enfoque que contemplou a descrição, interpretação e análise dos dados levantados, visando à compreensão do objeto a partir da relação e da conexão de seus múltiplos fatores.

Teve como referencial epistemológico o método dialético de investigação. Este método valoriza a contradição dinâmica dos fatos e das ações dos sujeitos, permitindo ao pesquisador observar as relações entre o todo e a parte para explicar a vida social e humana. Trata-se de um método que permite buscar "a ligação, a unidade e o movimento que engendra os contraditórios, que os opõe, que faz com que se choquem, que os quebra ou os supera" (LEFRBVRE, 1991, p.238).

Considerando que a proposta de pesquisa teve como foco de análise a intervenção do assistente social no contexto de uma emergência cardiológica, no âmbito do atendimento a cardiopatas internados, foram empreendidas, como estratégias de investigação, pesquisas bibliográfica e de campo.

A pesquisa bibliográfica privilegiou autores, textos e produções teóricas que tratassem do tema estudado. Já a pesquisa de campo foi desenvolvida exclusivamente através de levantamento documental com coleta de dados em material concernente à prática cotidiana dos assistentes sociais junto aos usuários cardiopatas internados no SAT/SERC, sendo que a escolha por esta modalidade se deu em conformidade com os objetivos pretendidos pelo estudo, dadas as contribuições que uma análise crítica e aprofundada de determinados documentos pode aportar.

Os documentos elencados para a coleta de dados de campo foram: o Manual Operacional do Serviço Social (versão atualizada, 2012), com o intuito de identificar as atribuições específicas, competências, eixos norteadores, normas, rotinas e procedimentos operacionais padronizados da prática do assistente social na FHCGV e o Livro de Ocorrência do Serviço Social, no qual coletou-se dados que compuseram o Perfil sócioeconômico dos usuários e dados sobre as ações profissionais cotidianas junto ao público atendido.

Tratou-se de pesquisa retrospectiva, sendo elencado para coleta de dados, um Livro de Ocorrência relativo aos atendimentos realizados, totalizando 01 (um) mês de realização de coleta. Compuseram a amostra da pesquisa os dados de registros de atendimentos (livro de ocorrências) que satisfizeram os seguintes critérios de conveniência pré-elaborados: atendimentos realizados por profissional de Serviço Social a pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de cardiopatia internados no SAT/SERC.

O instrumental técnico para a coleta de dados do perfil socioeconômico utilizou-se de formulário exclusivamente para este fim, abrangendo os seguintes indicadores: sexo, idade, procedência, ocupação, grau de escolaridade, renda, situação de saúde, situação familiar, comorbidade e diagnóstico, estes dados quantitativos foram posteriormente organizados, tabulados e apresentados sob a forma de frequências absolutas.

Para a apreensão das ações cotidianas do Serviço Social, foi construído quadro-síntese que compreendia três eixos de ações profissionais: acolhimento, acompanhamento e atenção à alta e situação de óbito, sendo que tais categorias de

análise foram elencadas a partir da realização da coleta de dados em campo, ou seja, foram apreendidas do processo de pesquisa. Os dados coletados foram ordenados, classificados e analisados a partir da abordagem combinada hermenêutico-dialética, pois se entende que esta permite construir uma análise compreensiva e crítica da realidade avaliada, bem como a identificação das relações e interpretações construídas acerca da intervenção observada.

A modalidade utilizada para análise dos achados da pesquisa foi a análise temática, que consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. (BARDIN, 1979, p.105)

Capítulo 1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

Neste capítulo será enfocada a construção do SUS como política de saúde, através de um breve resgate histórico da consolidação do direito à Saúde como direito social no Brasil. Num segundo momento, discute-se a conformação de uma rede de atenção às doenças cardiovasculares e em seguida, traça-se o desenvolvimento do Serviço Social como profissão e sua inserção na área da saúde.

1.1 Construção do SUS como Política de Saúde

A Política de Saúde brasileira começou a ser delineada na década de 1920, com o surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAP's que tinham a finalidade de atender os trabalhadores que possuíam um vínculo formal de trabalho em categorias trabalhistas mais ativas politicamente. Mais tarde, no ano de 1932, passaram a ser chamadas de Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP's, mas continuavam atendendo apenas aqueles trabalhadores que se situavam na “formalidade”.

Dessa forma, a referida Política ainda não era universal, pois estava vinculada à previdência social e tal fato limitava o atendimento às necessidades de saúde de algumas categorias profissionais e excluía outras que ainda não possuíam direitos previdenciários. Portanto, a política de saúde configurava-se como excludente, sobretudo porque grande parte da população estava, de forma evidente, excluída do direito à saúde, no seu âmbito mais amplo.

Na década de 1960, mesmo após a implementação do modelo de sanitário campanhista e com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1967, e a instituição do Sistema Nacional de Previdência Social – SIMPAS, em 1977, não houve muitos avanços, já que estes sistemas ainda estavam subordinados aos órgãos da previdência social.

Na tentativa de modificar tal quadro é que surge um movimento de questionamento e de apontamento de novas propostas e estratégias no campo da saúde, no início da década de 1970, movimento este denominado como Reforma Sanitária.

O Movimento de Reforma Sanitária caracterizou-se por possuir um conteúdo de viés democrático que, além de “propor o deslocamento efetivo de poder, desde um setor específico, mas sem se reduzir a ele, trata de formular propostas contra-hegemônicas e organizar uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação” (TEIXEIRA, 1989, p. 42).

Dentre outros importantes elementos do processo de Reforma Sanitária surgiu a preocupação com a universalidade, equidade e integralidade (princípios do SUS) e isto suscitou a discussão acerca dos determinantes sociais da saúde. Uma discussão na qual se verificou a existência de iniquidades e desigualdades de saúde e que os principais determinantes dessas disparidades estavam em correlação com as formas nas quais a vida social era organizada e mais, com “o abandono da noção de causalidade e sua substituição pelo conceito de determinação.” (TEIXEIRA, 1989, p. 18-19).

Assim sendo, no desenvolver deste debate e da difusão de ideais levantados por este movimento, foram acatadas reivindicações que tiveram profundo impacto junto à sociedade, pela transformação que sofreu o conceito de saúde, adicionalmente, ao estabelecer a saúde como centro de uma política de Estado. Isto revelou conquistas importantes obtidas pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Mas, foi a Constituição Federal de 1988 que instituiu uma nova Política Nacional de Saúde, atribuindo novas responsabilidades ao Estado em relação à sociedade, destacando-se a saúde como direito do cidadão. Ao Estado caberia a garantia do direito de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, almejando o fortalecimento dos direitos sociais, da cidadania e da inclusão social.

Diz a Constituição, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 (Brasil, 1988a):

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.

Dessa forma, a nova Constituição enuncia a concepção de direito, que tem na satisfação das necessidades de saúde o seu foco, independente de contribuição ou requisitos prévios. Ao entender a saúde como direito universal e dever do Estado, incorporou a visão do Movimento Sanitário. Foi possível a construção de um modelo de proteção social, baseado na concepção de Seguridade Social, que universaliza os direitos sociais, inseridos no capítulo “Da Ordem Social” e é composta pelo tripé das políticas de Saúde, Assistência e Previdência e que as considera como questão pública de responsabilidade do Estado.

A Seguridade Social é um meio de proteção social derivado da Constituição de 1988, de atos infra-legais e internacionais que se funda no bem-estar e na justiça social

e, possui como noção os direitos sociais universais como parte da condição de cidadania.

Para a execução da Política de Saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, que teve sua elaboração a partir de demandas sociais, amplamente discutidas em Conferências Nacionais, com forte participação social, e foi resultado de lutas favoráveis à democratização e à descentralização do Sistema de Saúde (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Sobre a organização dos serviços, detalha o artigo 198 (Brasil, 1988a):

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. participação da comunidade. Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se em uma das propostas do Projeto de Reforma Sanitária, que foi regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080. A Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando vinculada à democracia. Sendo assim destaca-se a proposta de democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão como os conselhos de saúde.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que deve ser concretizado de acordo com os seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade**, que estende a todos o direito do atendimento das necessidades de saúde, indiscriminadamente;

- **Equidade**, pela qual todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades, devendo os serviços de saúde considerar as diferenças dos grupos populacionais e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes;

- **Integralidade**, na qual as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, concomitantemente, para a prevenção e a cura, cabendo aos serviços de saúde funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, entendido como cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida, sendo necessária a

garantia do acesso às ações de: Promoção, Proteção e Recuperação (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Na década de 1990, mesmo com uma base jurídico-legal que legitimava o Sistema Único de Saúde (SUS) foi o projeto neoliberal quem ditou as regras desta política de no cotidiano dos atendimentos de saúde. Com a hegemonia do projeto neoliberal voltado para o mercado, em que o dever do Estado é o de prover o mínimo necessário às populações mais vulnerabilizadas, notou-se, nesta década, uma ênfase no âmbito curativo e hospitalocêntrico. Sendo assim observou-se uma lacuna entre o que foi formulado pela legislação e os serviços de saúde destinados à população.

Contudo, a partir de sua constituição jurídica, o SUS foi se recriando por meio de reformas incrementais leves, representadas pelas normas operacionais, obtidas por consenso das três esferas de governo após longas negociações e materializadas em Portarias Ministeriais.

A primeira norma operacional, a NOB n. 01/1991, editada pela Presidência do Inamps foi escrita segundo a cultura que prevalecia naquela instituição de assistência médica e, portanto, tinha conotação centralizadora.

Seguiu-se a NOB n. 01/1992, que manteve a estrutura da anterior e criou o Pró-Saúde, o Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde.

A NOB n. 01/1993 institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite criando um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, além de impulsionar a municipalização mediante as habilitações em gestão incipiente, parcial e semiplena.

Posteriormente, a NOB n. 01/1996 consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da atenção à saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados.

Seguiu-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS n. 01/2001, que criou os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu a idéia de redes de assistência.

Recentemente, em 2006, deu-se o Pacto pela Saúde – um movimento de mudança que não é uma norma operacional, mas um acordo interfederativo – que articula o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde introduz um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização

sanitária, estende a discussão da Saúde para fora dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para estados e municípios de forma compartilhada.

Os serviços de saúde devem atender a lógica do SUS, no sentido da sua prevenção promoção e recuperação. Assim, os serviços passam a ser prestados em três níveis de atenção: primário (centros de saúde ou unidades básicas de atenção à saúde), secundário (unidades ambulatoriais) e terciário (hospitais especializados ou unidades hospitalares de alta complexidade), de forma regionalizada, hierarquizada em complexidade crescente.

Através da Declaração de Alma Ata¹, produzida na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde de 1978, houve, pela primeira vez, uma proposta de política de saúde pública a nível mundial. Ela propôs a atenção primária como estratégia para alcançar 'saúde para todos no ano 2000'.

A atenção primária é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando os serviços dos lugares onde os usuários vivem e trabalham, constitui também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.

Tal nível de atenção retrata e é consequência das condições econômicas e das características sócio culturais do país e de suas comunidades, é dirigido aos principais problemas de saúde da comunidade proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação conforme as necessidades.

Este nível de atenção é composto por centros de saúde e hospitais locais que poderão dispor de laboratórios de patologia clínica. Contempla populações diferenciadas por fatores como análise epidemiológica e densidade populacional. Os estabelecimentos que compõem o nível de atenção primária são de responsabilidade exclusiva do município.

O nível secundário de atenção à saúde caracteriza-se por desenvolver, além das atividades classificadas como de nível primário, as atividades assistenciais e mais algumas especialidades médicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. Este nível de atenção é composto pelas policlínicas, hospitais especializados (de referência) e pelos laboratórios.

¹ A Declaração de Alma-Ata foi formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, 1978. Composta de 10 itens que enfatizam a Atenção Primária à Saúde (Cuidados de Saúde Primários), salientando a necessidade de atenção especial aos países em desenvolvimento. (BRASIL, 2002)

Este nível contempla populações consideradas no âmbito municipal e regional, cuja complexidade estará sujeita a análise epidemiológica, densidade populacional e aos parâmetros em vigor, além das razões geográficas, de desenvolvimento, de acesso ou por ser pólo de atração natural para referências. Tem gerência municipal, ainda que atenda populações de mais de um município.

O nível terciário é composto por hospitais especializados situados nos grandes centros do país. Oferece atendimento no mais alto grau de complexidade, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação, urgência e reabilitação.

O atendimento terciário de alta complexidade é voltado para assistência médica em regime de internação, sendo que as necessidades de saúde do grupo de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, por meio de procedimentos simples, outros necessitarão de cuidados mais complexos presentes nos níveis terciários, com equipes multidisciplinares constituídas por especialistas de outras áreas.

O acesso é exclusivamente por agendamento, com exceção da urgência. Os estabelecimentos neste nível são as policlínicas de referência regional, hospitais especializados, hospitais universitários, laboratórios, regionais e centrais, e hemocentros. Este nível contempla populações consideradas no âmbito regional ou estadual e tem por finalidade dotar os estados de todos os serviços de saúde. A gerência neste nível é de âmbito estadual.

Embora ainda não se vivencie serviços de saúde tal como foram formulados pelo SUS, avanços foram alcançados e o que se apresenta são tentativas de retrocesso, devido à permanente tensão entre dois projetos de saúde: o (projeto neoliberal) que propõe a fragmentação da política, a redução de gastos com o setor, a focalização, dentre outros preceitos de ajuste neoliberal e outro que visa à universalidade de acesso, equidade, integralidade (projeto de reforma sanitária).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS, 2012), 100% da população utiliza o SUS (192 milhões de habitantes); 75% depende exclusivamente do Sistema (146 milhões de habitantes) e 25% tem plano privado de saúde (46 milhões de habitantes). Portanto, verificaram-se avanços na política de saúde, como: a) a criação da Secretaria de Atenção à Saúde unificando a atenção básica, ambulatorial e hospitalar, b) a Secretaria de Gestão Participativa com vistas a fortalecer o controle social, dentre outros.

Mais atualmente, a gestão do SUS foi regulamentada pelo Decreto Presidencial n. 7508/11². Este documento estabelece que os estados serão responsáveis pela instituição de regiões de saúde que passarão a ser unidade territorial de referência para a transferência de recursos entre as esferas da federação. Elas deverão conter um intento mínimo de ações e serviços de saúde, com portas de entrada definidas.

Com base neste decreto, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde implementam um novo modelo de relações federativas, expresso em um Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). O COAP consiste em um acordo de colaboração a ser firmado entre União, Estados e Municípios de uma determinada região de saúde com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços em uma rede regionalizada e integrada, conformando-se como um dispositivo institucional essencial para a construção de uma nova dinâmica de organização e gestão do SUS para a garantia do acesso universal equitativo e integral.

Diante do acima referido e levando-se em consideração a importância e o impacto das doenças cardiovasculares no âmbito social e de saúde, no próximo tópico será ressaltada a conformação da Rede de Atenção à Saúde Cardiovascular no SUS e as particularidades das doenças cardiovasculares no Brasil.

1.2 Doenças Cardiovasculares e Rede de Atenção à Saúde Cardiovascular

As doenças não transmissíveis (DCNT) são as principais fontes da carga de doença no Brasil e políticas importantes para sua prevenção e controle têm sido implementadas.

O plano de ação 2008–2013 da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Doenças Crônicas Não Transmissíveis focaliza quatro DCNT (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) e seus quatro fatores de risco compartilhados (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool). Essas quatro DCNT foram responsáveis por 58% das mortes no Brasil em 2010³.

² Decreto nº 7.508/11, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.

³ Dados do Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. In: Indicadores e Dados Básicos. Brasil, 2011

As doenças cardiovasculares foram e continuam a ser, apesar de sua diminuição, a principal causa de morte no Brasil. A carga de mortalidade, especialmente mortes prematuras atribuíveis a doenças cardiovasculares, afeta, de maneira desproporcional, a população pobre. Também geram o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional.

Em 2010, 12,7% das hospitalizações não relacionadas a gestações e 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais foram causadas por doenças cardiovasculares. É importante notar a carga da insuficiência cardíaca congestiva: em pessoas com mais de 60 anos é a causa mais comum de internação hospitalar; em pessoas acima de 80 anos, causa 27% das internações em mulheres e 33% em homens.

O infarto agudo do miocárdio é a segunda causa de morte mais frequente (7%) e no sistema público de saúde a mortalidade hospitalar dos pacientes internados por IAM se mantém persistentemente elevada: em média, 16,2%, em 2000, 16,1%, em 2005, e 15,3%, em 2010, para as internações registradas em todo país.

Neste contexto, passou-se a focalizar mais as doenças crônicas não transmissíveis, incluindo-se as cardiovasculares: as políticas implementadas ampliaram o âmbito da ação da preocupação tradicional com o cuidado médico para a prevenção, promoção da saúde e ação intersetorial.

Em 2006, após discussões e acordos realizados por representantes nos níveis federal, estadual e municipal, uma ampla política de promoção de saúde foi aprovada, incluindo uma série de ações em articulação intersetorial e desenvolvimento de políticas, educação em saúde, monitoramento de doenças e de fatores de risco e fornecimento de atenção à saúde centrada em dietas saudáveis, atividade física, redução do tabagismo e do uso prejudicial de álcool.

O governo também fez avanços recentes na direção do incentivo a hábitos de vida saudáveis. Programas que oferecem aulas de atividades físicas gratuitas, supervisionadas por profissionais, foram implantados em muitas cidades e avaliados.

A atenção básica vem sendo fornecida cada vez mais por equipes da Estratégia Saúde da Família, cuja expansão melhorou o acesso ao cuidado integral e contínuo, propiciando uma plataforma para a prevenção e o gerenciamento das doenças crônicas e cardiovasculares.

O Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, um programa de rastreamento realizado em 2001, levou à detecção e à incorporação ao sistema de saúde de milhares de pessoas com diabetes. Como resultado

desse programa, o diagnóstico e o tratamento do diabetes foram aperfeiçoados no nível da atenção básica. Normas baseadas em evidências, orientando o cuidado com o diabetes, foram implementadas. Medicamentos genéricos de baixo custo, como aspirina e estatinas, para indivíduos com risco absoluto alto de doenças cardíacas, conforme sugerido para países de baixa e média renda, foram amplamente disponibilizados sem custo.

No início de 2011, o Ministério da Saúde expandiu seu programa Farmácia Popular, que passou a oferecer gratuitamente medicamentos básicos para diabetes e hipertensão, além de fármacos para outras doenças crônicas com descontos de até 90% e nos últimos anos, foi iniciado um programa para cessação do hábito de fumar coordenado nacionalmente, com base em sessões de grupo e medicamentos.

Diante do exposto, observa-se que a atenção básica desempenha um papel fundamental na cobertura de agravos e condições de saúde-doença que são identificados nas áreas adstritas e devem ser controlados para evitar que as conseqüências dessas enfermidades gerem demandas para os outros níveis de atenção, considerando também que a Política de Atenção Cardiovascular na atenção secundária e terciária devem estar bem estruturadas para garantir a integralidade do cuidado ao usuário.

Desta maneira, na perspectiva das necessidades de atendimento integral, universal e equitativo no âmbito do SUS aos portadores de doenças cardiovasculares e considerando a garantia da assistência nos vários níveis de complexidade por intermédio de equipes multiprofissionais, é que se vislumbra a importância da atuação do Serviço Social com este público, como será explicitado em seguida.

1.3 Serviço Social como Profissão Inserida na área da Saúde

O Serviço Social é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, que se utiliza de instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da “questão social”. Isto é, no conjunto de desigualdades que se originam do antagonismo entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho. Assistentes sociais se inserem nas mais diversas áreas: saúde, previdência, educação, habitação, lazer, assistência social, justiça etc. Com papel de planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais, atuam nas relações entre os seres humanos no cotidiano da vida social, por meio de uma ação global de cunho socioeducativo e de prestação de serviços.

Barroco (2008) assim discorre sobre o Serviço Social enquanto profissão:

a profissão surge como tal, intrínseca às demandas sóciohistóricas que se aguçam diante do enfrentamento das expressões da questão social, num contexto de reprodução do capital e do trabalho. Pode-se afirmar que a mesma nasce com o papel de reprodutora das relações sociais capitalistas no estágio monopolista, legitimando o Estado burguês e a presença de projetos sociais conservadores, dentre eles o da Igreja Católica.

É uma das poucas profissões que possui um Projeto Profissional coletivo e hegemônico, denominado projeto ético-político, que foi construído pela categoria a partir das décadas de 1970 e 1980. Ele expressa o compromisso da categoria com a construção de uma nova ordem societária. Mais justa, democrática e garantidora de direitos universais. Tal projeto tem seus contornos expressos na Lei que regulamenta a profissão, no Código de Ética Profissional de 1993 e nas Diretrizes Curriculares da formação de assistente social.

A respeito do projeto ético-político profissional, salienta Braz (2000):

os elementos constitutivos do projeto ético-político do Serviço Social tem três dimensões articuladas entre si que emprestam materialidade ao mesmo. Estas são a dimensão da produção de conhecimentos no interior do Serviço Social imersa na literatura produzida pela profissão, a dimensão político-organizativa, composta pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), pela Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO), e etc, e a dimensão jurídico-política da profissão, na qual inclui as leis e documentos referentes ao Serviço Social, como o atual Código de Ética.

A profissão de assistente social surgiu no Brasil na década de 1930. O curso superior de Serviço Social foi oficializado no país pela lei nº 1889 de 1953. Em 27 de agosto de 1957, a Lei 3252, juntamente com o Decreto 994 de 15 de maio de 1962, regulamentou a profissão.

Em virtude das mudanças ocorridas na sociedade e no âmbito da categoria, um novo aparato jurídico se fez necessário para expressar os avanços da profissão e o rompimento com a perspectiva conservadora. Hoje, a profissão encontra-se regulamentada pela Lei 8662, de 7 de junho de 1993 que legitima o Conselho Federal de Serviço Social e os Conselhos Regionais. Em seus artigos 4º e 5º, respectivamente, a Lei define competências e atribuições privativas da assistente social.

De acordo com a Lei, assistentes sociais: realizam estudos e pesquisas para avaliar a realidade e emitir parecer social e propor medidas e políticas sociais; planejam,

elaboram e executam planos, programas e projetos sociais; prestam assessoria e consultoria a instituições públicas e privadas e a movimentos sociais; orientam indivíduos e grupos, auxiliando na identificação de recursos e proporcionando o acesso aos mesmos; realizam estudos socioeconômicos com indivíduos e grupos para fins de acesso a benefícios e serviços sociais e atua no magistério de Serviço Social e na direção de Unidade de ensino e Centro de estudos.

A profissão conta também com o Código de Ética Profissional que veio se atualizando ao longo da trajetória profissional. Em 1993, após um amplo debate com o conjunto da categoria em todo o país, foi aprovada a quinta versão do Código de Ética Profissional, instituída pela Resolução 273/93 do CFESS.

O Código representa a dimensão ética da profissão, tendo caráter normativo e jurídico. Ele delinea parâmetros para o exercício profissional, define direitos e deveres dos assistentes sociais, buscando a legitimação social da profissão e a garantia da qualidade dos serviços prestados. É a expressão da renovação e do amadurecimento teórico-político do Serviço Social e evidencia, em seus princípios fundamentais, o compromisso ético-político assumido pela categoria.

Historicamente o assistente social vem sendo um dos agentes profissionais que programam políticas sociais, em especial políticas públicas, que vai atuar diretamente com a sociedade dependente desta. Para se compreender hoje o Serviço Social como profissão, devemos observá-lo como um tipo de trabalho na sociedade, ou seja, que está voltado à prática social.

A abordagem do Serviço Social como trabalho supõe apreender a chamada *prática profissional* profundamente condicionada pelas relações entre o Estado e a Sociedade Civil, ou seja, pelas relações entre as classes na sociedade, rompendo com endogenia no Serviço Social. (IAMAMOTO, 1999:23)

O Serviço Social surge na história como uma profissão fundamentalmente interventiva que visa produzir mudanças no cotidiano da vida social das populações atendidas – os usuários do Serviço Social. Assim, a dimensão prática (técnico-operativa) tende a ser objeto privilegiado de estudos no âmbito da profissão.

Iamamoto (2004) explicita a dimensão da competência técnico-operativa da profissão:

o profissional deve conhecer, se apropriar, e sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes, garantindo assim uma inserção qualificada no mercado

de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social.

Mas as ações profissionais do assistente social possuem ainda um caráter, que não é material, que se caracteriza como social, pois é um profissional que influencia o campo dos valores, dos comportamentos, da cultura, interferindo na realidade cotidiana dos sujeitos. É uma profissão com ações comprometidas com os interesses da população trabalhadora nos seus mais diversos segmentos, preservando e fomentando os ganhos obtidos na constante busca de uma sociedade com menos desigualdades sociais, mais igualitária e democrática (IAMAMOTO, 1999).

O Serviço Social surge como profissão da assistência, mas percorre sua trajetória histórica respondendo às necessidades sociais relacionadas à intervenção nas expressões da questão social, nas mais diversas políticas sociais, atuando fundamentalmente com a administração de recursos e serviços sociais ou na execução das políticas sociais.

Desta forma, ao longo de sua trajetória, foi incorporando outros espaços socioocupacionais, atribuições e competências. Principalmente a partir da década de 1980, com a hegemonia da perspectiva de intenção de ruptura e da década de 1990, com a consolidação do projeto profissional crítico. Tais atribuições e competências ultrapassam o âmbito da assistência propriamente dita.

Uma área que concentra grande contingente de assistentes sociais é a da saúde. O Serviço Social não é especialmente uma profissão específica desta área, no entanto sua capacidade de intervenção nesse contexto tem se mostrado de grande relevância no aspecto sócio-assistencial e político das questões que vem a ser tratadas pela Saúde Pública ocasionadas pela crise do sistema econômico, cultural e político.

Costa (2000) considera que este profissional atua num contexto de requisições expressivas da tensão entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do Sistema Único de Saúde - SUS. Tais requisições são por ela classificadas da seguinte forma: derivadas do déficit de oferta dos serviços e ênfase na medicina curativa; inovações gerenciais, tecnológicas e técnicas-políticas do sistema, necessidade de adaptação dos usuários e profissionais na estrutura do sistema.

Para a autora, muitas demandas contidas nas solicitações dos usuários, precisam de teoria para ser identificadas. Isso se deve ao fato de serem implícitas e não reconhecidas ou não consideradas pelos assistentes sociais como demandas para a profissão.

Nota-se a importância do debate sobre o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro para o desenvolvimento da ação profissional, com vistas a construir as bases e condições necessárias para que os assistentes sociais rompam com seu papel histórico de complementação das ações de outros profissionais de saúde e enfrentem os desafios do contexto atual, que estão na contramão da reprodução da ordem social capitalista.

Segundo Nogueira e Miotto (2006), com a implantação do SUS surgiu o paradigma da produção social da saúde, provocando rearticulação dos discursos e práticas profissionais tradicionais da assistência à saúde. Com isso, questões como educação em saúde, trabalho comunitário, trabalho em redes, controle social e discussões sobre abordagens metodológicas vêm se estruturando no campo de conhecimentos das áreas profissionais ligadas ao setor.

A profissão de Serviço Social, ao longo dos vinte anos de implantação do SUS, foi se apropriando dos fundamentos e do conhecimento sobre a estrutura organizacional do sistema, dos seus princípios originais, que têm relação com os eixos do projeto profissional crítico.

Em 1999, o assistente social foi reconhecido como profissional de saúde, através da Resolução 383, do Conselho Federal de Serviço Social, considerando o princípio constitucional de saúde “como um direito de todos e dever do Estado”. Sendo assim, este direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de seus agravos, dentro da ampliação na concepção da relação saúde-doença. As ações em saúde devem desenvolver-se numa perspectiva interdisciplinar, com o fim de suprir as necessidades da população usuária através da mediação entre seus interesses e a prestação de serviços.

Esse reconhecimento, na verdade, ratifica toda uma trajetória da profissão nessa área que historicamente constitui-se um importante espaço socioocupacional. Nos últimos anos, nos mais diversos cursos de Especialização, Residência Multiprofissional em Saúde, Mestrado e Doutorado em Saúde Pública, há a participação de assistentes sociais e as vagas para o Serviço Social são cada vez mais disputadas; o que indica, sem dúvida, que os profissionais vêm se qualificando e se apropriando do conhecimento e da racionalidade do sistema.

Cabe ao Serviço Social na área da saúde, tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca da mesma e atenção a ela pelo paciente/usuário do serviço público, mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às

condições e estilos de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado (VASCONCELOS, 2002, p. 443)

Em 2009, o CFESS lança o documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, com objetivo de referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde, apontando os seguintes eixos de ação profissional neste setor:

1. Atendimento direto aos usuários: se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades básicas de saúde, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, centros de apoio psicossocial, hospitais gerais, de emergência e especializados. As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas.

2. Mobilização, Participação e Controle Social: envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde.

3. Investigação, Planejamento e Gestão: envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais.

4. Assessoria, Qualificação e Formação Profissional: as atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria.

A partir do exposto, serão explicitadas no item seguinte as particularidades da atuação dos assistentes sociais em contexto de um serviço de emergência cardiológica

Capítulo 2: SERVIÇO SOCIAL E ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOVASCULAR EM CONTEXTO HOSPITALAR

Este capítulo será desenvolvido primeiramente a partir da caracterização da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, identificando a inserção do Serviço Social na instituição. Em seguida, serão apresentados os resultados da pesquisa através da identificação do Perfil Sócioeconômico dos usuários atendidos na unidade de Emergência Cardiológica e do conhecimento da intervenção do Serviço Social junto a este público, englobando três eixos de atuação: ações de acolhimento, de acompanhamento e ações de desospitalização (Alta) e Atenção à Situação de Óbito.

2.1 O Serviço Social e a Atuação na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna

A Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) é uma instituição do Governo do Estado do Pará, localizada na cidade de Belém, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, tem como missão “garantir atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade e apoiar o ensino e pesquisa na área de saúde” e como objetivo principal “prestar serviços na área de saúde à população, de acordo com os preceitos constitucionais do Sistema Único de Saúde – SUS.”

Atualmente é referência estadual em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia, oferecendo consultas e internações em Clínica Médica, Clínica Cardiológica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica e Clínica Ginecológica e Obstétrica, voltadas prioritariamente a pacientes que se encaixam no perfil das novas referências, além de realização de exames de imagem e laboratoriais.

O Hospital de Clínicas Gaspar Vianna iniciou seus trabalhos em 1989, tendo como referência a clínica psiquiátrica. Em 1990 ocorreu a transferência dos pacientes psiquiátricos internados no Hospital Aluisio da Fonseca para a clínica psiquiátrica do HCGV. Em 1991, houve a inauguração do ambulatório e parte da administração. O atendimento ambulatorial, até esse momento, foi voltado para as clínicas básicas e à clínica especializada em psiquiatria.

No ano de 2000, o HCGV deixa de ser Unidade de atuação especial, passando a ser Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). Em setembro do referido ano, preparou-se para atuar como referência em Nefrologia,

Cardiologia e Obstetrícia de Alto Risco. Também, os serviços de Ambulatório e Apoio Diagnóstico foram ampliados.

Hoje a Fundação conta com uma infra-estrutura para referência em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia, assim como está voltada ao atendimento de gestantes de risco, sendo no seu conjunto, disponibilizada a atenção em diversas clínicas, indispensáveis ao tratamento sistêmico do usuário no seu novo perfil.

Assegura à população soluções no atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade com excelência e humanismo, assim como contribuir para o ensino e pesquisa na área da saúde e desenvolver programas de educação continuada das equipes de saúde, visando suprir as necessidades na área.

Atende uma demanda no Estado voltada para: assistência integral aos pacientes cardíacos e nefropatas; assistência integral aos pacientes portadores de transtornos mentais; leitos disponíveis para gestantes de risco; leitos clínicos para atendimento a especialidades estratégicas; leitos disponíveis de tratamento intensivo para adulto, pediatria e neonatologia.

Os serviços de saúde prestados aos usuários da Fundação são realizados por profissionais da saúde de diferentes categorias que compõem uma equipe multiprofissional, entre eles o profissional de Serviço Social.

O Serviço Social integra a equipe multidisciplinar de saúde do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, desde sua fundação em 1989, quando se tornou unidade de referência estadual em Saúde Mental com a desativação do Hospital Juliano Moreira.

À época, compreendida desde o final da década de 80 até início da década de 90, o Serviço Social atuava na Emergência e Clínica Psiquiátrica, composta de vários programas, onde a atenção ao portador de transtorno mental e sua família eram as principais atribuições do Assistente Social.

Em 1993, ainda no bojo das discussões pragmáticas que envolveram a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a Clínica Psiquiátrica do FHCGV reestruturou seu modelo de assistência adotando a interdisciplinaridade como eixo central de sua proposta de atenção em Saúde Mental o que impulsionou as categorias profissionais ao estudo e capacitação resultando em experiências valiosas para os profissionais do Serviço Social e para os usuários por eles atendidos.

Em 1996, os Programas Tempo Parcial e Infante-Juvenil, formados por equipes multidisciplinares, sob a coordenação de profissionais do Serviço Social, puderam ampliar sua capacidade de atendimento e amadurecer a compreensão de novas formas

de cuidados em Saúde Mental nascendo daí o Hospital-Dia Adulto e em 2000 o Hospital-Dia Infantil atendendo as orientações da Política Nacional de Saúde Mental quanto à criação de Serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico hospitalocêntrico amplamente discutido pelos profissionais do HC ao longo da década de 90.

Ainda em 2000, os assistentes sociais integram, junto com os demais profissionais da instituição, os grupos de trabalho do Hospital de Clínicas 2000, cuja responsabilidade era planejar todas as ações do novo hospital a ser inaugurado em 2001 assumindo o perfil de um hospital geral e com a nova figura jurídica, tornando-se, então, Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas “Gaspar Vianna”.

A partir de 2001, o Serviço Social da FHCGV amplia ações em novos espaços ocupacionais destacando-se pela atuação nas diferentes clínicas de referência do novo hospital: Cardiologia, Nefrologia, Psiquiatria e Obstétrica de Risco, Emergência Cardiológica bem como pelo pioneirismo na região norte com a implantação do Serviço Social durante 24 horas no hospital.

Em síntese, o Serviço Social da FHCGV é hoje uma referência na atenção à população usuária, na formação de alunos de graduação, nas discussões sobre a saúde. Internamente ocupa outros espaços institucionais com representação no Comitê de Humanização Hospitalar, Grupo de Voluntariado, Comitê Pró-Hospital Amigo da Criança, no Serviço de ouvidoria, no atendimento ao servidor por meio do Programa de Assistência Psicossocial ao servidor (PAPS), bem como, colaborando para avaliação dos serviços prestados aos usuários em parceria com o Núcleo de Desenvolvimento e Recursos Humanos.

O Serviço Social na FHCGV está vinculado diretamente ao Serviço Biopsicossocial (SBPS) subordinado hierarquicamente à Gerência de Assistência Hospitalar (GEAH). Atualmente conta com 22 profissionais, atuando na assistência direta aos usuários internos (servidores) e externos (população) assim distribuídos: Clínicas Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e UTI Neonatal/Berçário, Clínica Psiquiátrica, Setor de Internação Breve (SIB) e Emergência Psiquiátrica; Serviço de Apoio a Triagem (SAT) e Serviço de Referência Cardiológica (SERC), UTI's Adulto I, II, Unidade Coronariana (UCA); Serviço de Ambulatório (SAM); Serviço de Arquivo Médico e Estatística; Serviço de Ouvidoria; Programa de Assistência Psicossocial ao Servidor (PAPS) e Serviço de Terapia Renal Substitutiva.

A missão dos assistentes sociais da FHCGV se constitui no desenvolvimento de ações de assistência, ensino e pesquisa na área da saúde garantindo o acesso

humanizado aos serviços hospitalares na perspectiva do direito à saúde. Visa a construção de um trabalho coletivo fundamentado no diálogo de saberes tendo em vista a atenção integral aos usuários dos serviços de saúde, referenciados institucionalmente pelo Manual Operacional elaborado pela categoria, pelo projeto ético-político da profissão e pelos princípios e diretrizes do SUS.

Diante do exposto e objetivando a compreensão da intervenção do Serviço Social especificamente no setor de emergência cardiológica, apresenta-se a seguir os resultados levantados durante esta investigação, que contemplam o perfil socioeconômico dos usuários cardiopatas atendidos no setor e as ações cotidianas realizadas pelos assistentes sociais junto a este público.

2.2 Intervenção Profissional junto a Portadores de Doenças Cardiovasculares no Serviço de Emergência Cardiológica

A palavra emergência é definida como ação de emergir. Uma emergência é o surgimento de 'alguma coisa.' Sua definição introduz critérios que qualificam o caráter repentino e imprevisto de sua manifestação, bem como o seu caráter crítico, de risco.

Segundo Deslandes (2002) os serviços de emergência contemporâneos contêm uma especificidade que os distingue de quaisquer outros serviços de saúde. Trata-se de uma assistência que deve ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada. Exige amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e emprego de recursos tecnológicos. Alguns autores chegam a comparar tais serviços a um subsistema de saúde, pois requerem um conjunto de serviços associados (atendimento pré-hospitalar de resgate, centros cirúrgicos, unidades de tratamento intensivo) que precisam atuar organicamente.

O Serviço de Emergência Cardiológica (SAT/SERC) da FHCGV é um serviço de referência terciário no sistema público de saúde, com atendimento médio mensal de 859 pessoas⁴, funcionando vinte e quatro horas. Atende usuários encaminhados pelos pronto-socorros, hospitais gerais, unidades de referência especializada, unidades básicas de saúde da capital e interior do Estado e demanda espontânea com o seguinte perfil: coronarianos em descompensação aguda, arritmias cardíacas, bradiarritmias com

⁴ Dados do Serviço de Estatística da FHCGV para o ano de 2013.

necessidade de implantação de marcapasso, falência ventricular, valvulopatias com indicação cirúrgica.

O SAT/SERC possui quatro enfermarias (02 leitos cada) de observação - para usuários com diagnóstico fechado que aguardam transferência interna para as clínicas - e uma Unidade de Emergência que disponibiliza 03 leitos para admissão imediata, avaliação médica e estabilização de quadro. Devido à alta demanda de atendimentos no setor, o tempo de permanência dos usuários pode ultrapassar 03, 04 dias, até que haja disponibilidade de leitos nos outros setores de internação do Hospital. Em casos que não há indicação cirúrgica, os usuários costumam receber alta médica do SAT/SERC para domicílio.

A emergência cardiológica conta com 05 assistentes sociais que se revezam em plantões diurnos (manhã e tarde, 06 horas) e noturnos (12 horas), totalizando 24 horas de atuação. Os usuários e familiares são atendidos em visita ao leito ou na sala do Serviço Social, em demanda espontânea ou encaminhados pela equipe multiprofissional do setor. Também recebe Residentes de Serviço Social que atuam no setor em sistema de rodízio.

A atuação dos profissionais do Serviço Social no SAT/SERC está diretamente ligada com os demais profissionais da área da saúde (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicólogos), está voltada essencialmente para atendimento direto a usuários e familiares em suas demandas sociais.

Na experiência do Serviço Social na emergência cardiológica, percebe-se que o atendimento aos usuários possui marcadamente o sentido da “fala”. Assim, considera-se que é nesta ‘fala’ que se evidenciam as expressões históricas e contemporâneas da questão social pela exposição crescente das demandas e necessidades sociais trazidas pelos/as usuários/as e produtos do aprofundamento da desigualdade em que, “os assistentes sociais atuam junto a sujeitos sociais que guardam na sua história de vida, as dimensões universais e particulares da questão social” (VASCONCELOS, 2007 p. 14).

É exatamente neste processo de intervenção que uma gama de situações se colocam para o cotidiano dos assistentes sociais, adquirindo concretude nas enfermarias e corredores da unidade, através das queixas, das falas, das necessidades, das demandas, que têm como pano de fundo as expressões de uma sociedade extremamente desigual.

É uma profissão que materializa sua intervenção a partir de ações profissionais comprometidas com os interesses da população trabalhadora nos seus mais diversos segmentos, preservando e fomentando os ganhos obtidos na constante busca de uma sociedade com menos desigualdades sociais, mais igualitária e democrática.

Tais ações conformam um dos objetivos que buscou-se alcançar nesta pesquisa, através de coleta de dados em Livro de Ocorrência utilizado pelo Serviço Social do setor e que foram englobadas em eixos de atividades. Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade.

Neste contexto é que, a seguir, será apresentada a descrição e análise dos resultados levantados no decorrer da fase da pesquisa de campo deste trabalho, englobando o perfil socioeconômico dos usuários internados no SAT/SERC e as ações profissionais realizadas pelos assistentes sociais no atendimento às demandas deste público.

2.2.1. Perfil SócioEconômico de Cardiopatas Internados

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 indica como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

Desta maneira, buscando a aproximação com a realidade social vivenciada pelos pacientes, procurou-se identificar o Perfil Sócioeconômico dos Usuários Cardiopatas atendidos pelo Serviço Social na Unidade de Emergência Cardiológica, tendo como indicadores: sexo, idade, procedência, situação quanto arranjo familiar, grau de instrução, atividade profissional, situação econômica, diagnóstico, comorbidade e hábitos de vida.

Conformou a amostra, o total de 50 usuários atendidos pelo Serviço Social, com diagnóstico de cardiopatia, maiores de 18 anos.

Quadro 1: Sexo

SEXO	FREQUÊNCIA
Feminino	12
Masculino	38
Total	50

Fonte: Dados pesquisa campo

De acordo com o percentual levantado, observou-se que a grande maioria de usuários atendidos pelo serviço social no SAT/SERC são de homens (38). Esses dados comprovam os achados de pesquisa de Santos (2007) indicando que mulheres, comparadas aos homens, se cuidam e se preocupam mais com a sua saúde. Também as mulheres frequentam mais os serviços de saúde o que favorece o diagnóstico das doenças mais precocemente.

Quadro 2: Idade

FAIXA DE IDADE	FREQUÊNCIA
Abaixo de 40 anos	5
Entre 40 a 60 anos	21
Acima dos 60 anos	24
Total	50

Fonte: Dados pesquisa campo

O levantamento indica a prevalência de pacientes cardiopatas com idade acima dos 60 anos (24), configurando um público idoso que coloca aos profissionais de Serviço Social suas necessidades enquanto cidadãos de direito.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD 2013) revelou que os idosos - pessoas com mais de 60 anos - somam 23,5 milhões dos brasileiro e as Nações Unidas estimam para o ano de 2025 cerca de 32 milhões de brasileiros idosos.

No Estatuto do Idoso, lei nº10.741/2003, elaborado para garantir o respeito à cidadania da pessoa idosa, encontramos 118 artigos que regulamentam e garantem direitos e estipulam deveres para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Chama a atenção nos resultados quanto à idade de cardiopatas internados, o número alto de adultos jovens com menos de 60 anos (26). Conforme indica Moreira (2010):

A ideia errônea de que os fatores de risco cardiovasculares (FRCV) e as DCV estejam presentes em fases da vida mais avançadas colabora para a existência destes em fases precoces, com evidências de aterosclerose já na idade adulta jovem, compreendida entre os 35 e 55 anos. Os danos pessoais, sociais e econômicos gerados pelo adoecimento e incapacidades decorrentes das complicações das DCV levam à necessidade de uma avaliação do seu risco na população como possibilidade de um cuidado preventivo efetivo. (MOREIRA, 2010)

Questões importantes nessa fase da vida, como a busca de estabilidade no campo profissional, nas relações pessoais, dentre outros, tornam os adultos jovens vulneráveis ao consumismo contemporâneo presente numa sociedade capitalista, que, com sua influência, interfere nos comportamentos de saúde.

Quadro 3: Procedência

LOCALIDADE	FREQUÊNCIA
Belém e Região Metropolitana	29
Acará, Aurora do Pará, Barcarena, Capitão Poço, Curuçá, Igarapé Miri, Irituia, Marabá, Muaná, Primavera, São Miguel do Guamá, Tailândia, Tucuruí, Tomé Açú	1
Abaetetuba, Mocajuba	2
Icoaraci	3
Total	50

Fonte: Dados pesquisa campo

Constata-se que os usuários procedem da capital e de diferentes municípios do estado do Pará. A capital Belém representa maioria absoluta nos resultados encontrados, sendo que os demais municípios apresentam distribuição diversificada de valores.

Estes dados expressam que o sistema ainda é preponderantemente focado na assistência de média e alta complexidade e no que se refere às esferas estadual e municipal - nível da atenção primária e secundária - não vêm dando conta das demandas que são postas pela população usuária dos serviços, aos quais transferem para os setores terciários o atendimento que deveria ser viabilizado pelas demais esferas de atenção à saúde.

O reconhecimento de que a população acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis.

Considera-se também a atração que um Hospital Referência em Cardiologia exerce sobre a população de todos os segmentos sociais, como possibilidade de acessar a um serviço qualificado em razão da complexidade do problema de saúde. Este acesso significa muitas vezes a sobrevivência das pessoas que o procuram.

Quadro 4: Situação Familiar

ARRANJO FAMILIAR	FREQUÊNCIA
Companheiro e Filhos	26
Companheiro Sem Filho	4
Companheiro, Filhos e Outros Familiares	13
Sem Companheiro, com Filhos	5
Outras Pessoas sem Parentesco	0
Vive Só	2
Total	50

Fonte: Dados pesquisa campo

De acordo com o resultado do levantamento realizado, predominam famílias nucleares, composta por pai, mãe e filhos (26), seguida de família extensa ou ampliada composta por pai, mãe, filhos, avós, sobrinhos, tios, cunhados, amigos, irmãos, etc. (13).

Segundo Mioto (2004), com base na análise da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio- IBGE (PNAD), a família dos anos 2000 tem uma configuração marcada pelas seguintes características populacionais: aumento da co-habitação e da união consensual; domínio das famílias nucleares (pai, mãe, filhos); aumento significativo das famílias monoparentais, com predominância das mulheres como chefes da casa; aumento das famílias recompostas e aumento de pessoas que vivem sós.

Conforme a autora supracitada, a diversidade de arranjos familiares existentes hoje na sociedade brasileira leva a definir a família como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

Os resultados da pesquisa corroboram com os estudos contemporâneos acerca da conformação e arranjos da família no Brasil. Por outro lado, a ausência de pacientes sem vínculo familiar, diferentemente do que é publicizado pelo Serviço Social em outras unidades de saúde de assistência de menor complexidade, coloca-se enquanto indagação sobre um possível “filtro social” para o acesso a assistência de maior complexidade.

Quadro 5: Grau de Instrução

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA
Ensino Fundamental Incompleto	32
Ensino Fundamental Completo	13
Ensino Médio Incompleto	2
Ensino Médio Completo	3
Total	50

Fonte: Dados pesquisa campo

Verifica-se uma baixa escolaridade da maioria dos usuários, 32 com Ensino Fundamental Incompleto, seguido de 13 com Ensino Fundamental Completo. A falta de escolaridade dificulta o acesso dessa população a um emprego melhor remunerado e indicada a importância da ação educativa em saúde com este público, em particular as referentes à prevenção sobre os fatores de risco das doenças cardiovasculares.

Quadro 6: Atividade Profissional

OCUPAÇÃO	FREQUÊNCIA
Aposentado/Pensionista/Beneficiário	22
Atividade Profissional sem Vínculo Previdenciário	15
Atividade Profissional com Vínculo Previdenciário	7
Desempregado	2
Do lar	4
Total	50

Fonte: Dados pesquisa campo

Observa-se que a maioria das atividades profissionais identificadas são realizadas sem vínculo empregatício (15), implicando em uma questão preponderante para o atendimento social a estes usuários, levando em consideração os impactos sociais que uma doença cardiovascular pode acarretar em relação ao âmbito do trabalho àqueles que não possuem nenhuma forma de cobertura previdenciária.

Dentre os vários fatores que permeiam a inclusão desses trabalhadores no mundo do trabalho, podemos destacar a baixa escolaridade; o mercado de trabalho competitivo; a grande demanda de trabalhadores existentes em oposição à pouca oferta de vagas; a falta de capacitação profissional; a falta de experiência na carteira de trabalho e o fato de não existir trabalho para todos no setor industrial, o que leva muitos trabalhadores à autonomia, na maioria das vezes informal, sem qualquer vínculo empregatício.

Porém, não menos significativo é o número de aposentados, pensionistas e beneficiários (22), estes últimos geralmente recebendo auxílio-doença ou Benefício de Prestação Continuada. Estes dados vão ao encontro dos resultados encontrados em relação à idade dos usuários atendidos, com maioria idosa.

Quadro 7: Situação Econômica⁵

RENDA	FREQUÊNCIA
Menos de 1 Salário Mínimo	3
Até 1 Salário Mínimo	12
1 a 2 Salários Mínimos	27
Mais de 2 Salários Mínimos	2
Sem Renda	6
Total	50

Fonte: Dados pesquisa campo

Em relação à renda, constatou-se que 12 usuários do total pesquisado sobrevivem com apenas um salário mínimo, dependendo da inclusão em programas socioassistenciais do município, do Estado e da União como forma de garantir a sobrevivência. Outros dados se referem a usuários (3) que sobrevivem mensalmente com menos de 1 salário mínimo e ainda àquelas que não possuem nenhuma renda mensal provenientes do trabalho assalariado, totalizando 6.

Quadro 8: Diagnóstico

DIAGNÓSTICO	FREQUÊNCIA
Infarto Agudo do Miocárdio	28
Insuficiência Cardíaca Congestiva	12
Valvulopatia	6
Endocardite	3
Cardiomegalia	1
Total	50

Fonte: Dados pesquisa campo

⁵ Considerando o valor do salário mínimo no Brasil em agosto de 2013: R\$ 678,00

Quadro 9: Situação de Saúde

INDICADOR	COMORBIDADE	HÁBITOS DE VIDA
FATORES DE RISCO	Hipertensão e/ou Diabetes	Tabagismo e/ou Etilismo
FREQUÊNCIA	26	18
TOTAL	50	50

Fonte: Dados pesquisa campo

Dentre as doenças mais relevantes para proporcionar uma saúde cardiovascular debilitada encontram-se a diabetes e a hipertensão. A atenção básica desempenha um papel fundamental na cobertura dos casos de hipertensão e diabetes e devem ser controlados para evitar que as conseqüências dessas enfermidades gerem demandas para os outros níveis de atenção, entretanto uma Política de Atenção Cardiovascular na atenção secundária e terciária devem estar bem estruturada para garantir a integralidade do cuidado ao usuário.

O grau de exposição da população a doenças passíveis de prevenção e tratamento por ações básicas de saúde não tem apresentado redução, seja pelo déficit de oferta, seja por insuficiência de uma política de educação sanitária. Em consequência, os usuários procuram os serviços quando já estão doentes, resultando cada vez mais no aumento da demanda por ações curativas individualistas, com a doença instalada.

Segundo Vasconcelos (2007)

Considerando a determinação do estilo de vida e condições de vida e trabalho nas doenças crônico-degenerativas - tabagismo, alimentação, alcoolismo, sedentarismo, doenças profissionais - observa-se que os Programas de Saúde desenvolvidos na atenção primária contentam-se em atuar sobre o que está aparente: a perda da saúde. Permanecendo no controle dos agravos, negam as ações necessárias, tendo em vista, também a prevenção das doenças. (2007:204)

É neste contexto social que estão inseridos os usuários atendidos pelo Serviço Social do SAT/SERC e na próxima sessão serão apresentadas e discutidas as ações profissionais dos assistentes sociais voltadas ao atendimento a este público.

2.2.2. Ações Cotidianas do Serviço Social

Para explicitar a atuação profissional em um contexto determinado é importante caracterizar o entendimento de ação profissional que, segundo Miotto (2006 apud MIOTO; NOGUEIRA, 2006), se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas. A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos técnico-operativos.

O projeto ético-político da profissão, construído nos últimos trinta anos, pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação como já foi referido. Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade, já ressaltados no primeiro item deste documento. A partir do exposto, se explicitará as principais ações desenvolvidas pelo assistente social.

O cotidiano profissional justifica-se por ser nele o espaço de realização e intervenção diária do profissional. Conforme Netto (1999) refere-se ao lugar onde a reprodução social acontece por meio da reprodução dos indivíduos, e por isto é um espaço ineliminável e insuprimível.

Para o conhecimento do cotidiano profissional do Serviço Social no atendimento a cardiopatas em um setor de emergência cardiológica, foi levantada uma gama diversa de atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais junto a este público, tais atividades foram então agrupadas em categorias de análise que contemplam os eixos de Acolhimento, Acompanhamento Social e Atenção à Alta e Atenção à Situação de Óbito, como demonstra o quadro 10. Sendo importante salientar que o agrupamento das atividades se deu por conta da exigência para a análise dos dados levantados, pois na prática cotidiana tais ações não acontecem de forma segmentada, nem isoladas e sim articuladas dentro de uma concepção de totalidade, integrando o processo coletivo de trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis.

Quadro 10: Ações Cotidianas

ACOLHIMENTO	ACOMPANHAMENTO	ALTA E ATENÇÃO SITUAÇÃO DE ÓBITO
<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento de paciente em processo de avaliação médica - Admissão Social - Viabilização de diálogo com médico - Liberação de Cartão de Acompanhante e do Cartão de Alimentação conforme necessidade - Entrevista Social com pacientes familiares - Intervenção com familiares de usuários internados - Identificar a necessidade da permanência de acompanhantes, encaminhar orientações com base nos direitos legais instituídos e protocolos institucionais - Realização de busca ativa de familiar - Orientações/esclarecimentos a cerca da sequência do atendimento social no caso de permanência/internação hospitalar ou liberação - Providenciar albergue ou casa de apoio aos familiares procedentes do interior do Estado 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de usuários em situação de risco pessoal ou social - Intervenção em situações relacionadas ao afastamento de atividade laboral - Orientação e encaminhamento usuários com perfil para benefícios assistenciais - Emissão de laudo social e declaração de comparecimento - Esclarecimento a familiares das condutas adotadas pelo serviço social - Registro no prontuário - Orientação quanto ao funcionamento do Sistema Único de Saúde - Acompanhamento e intervenção no processo de participação da família (acompanhamento e visita) - Orientação quanto aos procedimentos para acesso ao TFD - Orientação quanto a forma de acesso ao BPC - Conhecimento de informações da internação, a partir do prontuário 	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação retorno do paciente/acompanhante ao domicílio a partir de recurso inter ou extra institucional - Identificação da situação socioeconômica que possa interferir no processo de alta - Motivar usuário e familiares a participarem do tratamento, garantindo a continuidade - Comunicação c/ou encaminhamento aos órgãos de defesa dos direitos do cidadão - Articulação e encaminhamento a rede de serviço socioassistencial e intersetorial - Mobilização de recursos internos e articulação extra institucionais para retorno ao domicílio. - Encaminhar familiar ao profissional responsável que comunicará o evento óbito, realizar orientações sobre direitos previdenciários, providências cabíveis - Articulação, encaminhamento de familiar para acesso a auxílio-funeral

Fonte: Dados pesquisa campo

A seguir, as ações cotidianas identificadas serão descritas e analisadas, a partir do referencial teórico e pressupostos já explicitados neste trabalho, buscando articulação com o objetivo deste estudo.

2.2.2.1 Ações de Acolhimento:

Esta atividade é voltada para o atendimento aos usuários e/ou seus familiares que buscam o serviço de emergência cardiológica. Por atender tanto a demanda espontânea quanto a referenciada e constar como única Emergência Cardiológica pública do estado do Pará percebe-se um alto fluxo de atendimentos no setor, com público-usuário advindo da própria capital, da região metropolitana e de outros municípios.

O Serviço Social na ação do acolhimento realiza a identificação dos usuários internados e de seus familiares/acompanhantes a partir da abordagem. O contato inicial da admissão social se dá majoritariamente com os familiares/acompanhantes, dada a impossibilidade dos pacientes serem abordados, considerando sua situação de saúde.

A admissão social é concretizada a partir de uma entrevista, na qual o assistente social levanta dados a respeito do usuário admitido referentes à identificação geral, à realidade social, à história do adoecimento, ao acesso a serviços essenciais, forma de contato imediato com familiares ou pessoas de referência do usuário internado. Estes dados são registrados em Livro de Ocorrência e a partir da problematização dessas demandas imediatas provoca-se o processo de desvelamento das reais necessidades sociais trazidas pelo usuário.

O acolhimento no espaço do SAT/SERC acaba por se caracterizar também por um espaço de escuta e apoio a familiares/acompanhantes, pois em uma situação de emergência onde existe o risco potencial à vida, surgem sentimentos como medo, insegurança e ansiedade diante do desconhecido e em relação ao prognóstico do paciente. São pessoas fragilizadas que solicitam um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento.

Ressalta Martinelli (2011), em artigo que trata da dimensão ética do trabalho do assistente social no atendimento direto aos usuários, a importância do sentimento partilhado, de sentir com o outro, não como o outro; do espaço da escuta, tanto no diálogo como no silêncio; do espaço do acolhimento, de ter a sensibilidade de oferecer o acolhimento no momento do desconforto, da dor; da dignidade no trato, da sensibilidade de perceber a condição do outro naquele momento tão peculiar de sua vida; do reconhecimento do sofrimento psíquico, da tristeza, do desconforto emocional, que acompanham o adoecimento e o agravamento do quadro de saúde e da ética no trato da informação.

São esclarecidas as normas e rotinas do setor, horários disponível para visita, disponibilizado e esclarecido boletim informativo do serviço, informados os critérios para garantia da permanência do acompanhante com base nos protocolos institucionais e direitos sociais. O assistente social muitas vezes é chamado a viabilizar junto a equipe o acesso de familiar/responsável à sala de urgência, para visita a paciente em observação ou internado, também favorece a interlocução entre o profissional médico e familiares para comunicação a respeito da situação de saúde do usuário internado.

Nos casos em que o paciente tenha chegado a unidade de urgência sem o familiar/responsável, é o profissional de Serviço Social quem procede articulação institucional para identificação e localização da família, solicitando o comparecimento desta à unidade de atendimento. Considerando o tempo necessário entre a admissão do usuário e a decisão médica pela internação e/ou transferência, o assistente social é solicitado a emitir declaração de comparecimento ao acompanhante/familiar para fins de comunicação ao empregador. Devido à alta demanda de usuários procedentes de municípios do interior do estado, há a necessidade de articulação com Casas de Apoio para abrigar familiares/acompanhantes que não disponham de referência na capital.

Nesta primeira etapa do processo de atendimento, fica demarcado o significado do atendimento às demandas imediatas da população usuária espontânea e/ou encaminhada por outros serviços, numa perspectiva de inclusão ao SUS.

Em relação à atividade de levantamento de dados dos usuários, realizada pelos assistentes sociais na ação de Acolhimento, Costa (200) afirma que:

responde pela necessidade de sistematizar informações sobre as condições de vida dos usuários, da sua família ou do grupo de referência, com a finalidade de: conhecer as variáveis que interferem no processo saúde/doença, no diagnóstico e no tratamento; identificar as possibilidades e condições de participação da família, responsáveis, cuidadores, agregados, vizinhos e até de empregadores na consecução de meios viabilizadores do diagnóstico e tratamento do usuário.

Desta forma, ao se reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença.

Assim sendo, o contato direto com os demandatários do Serviço Social permite a construção de conhecimentos sobre as condições de vida dos usuários, aproximando-se da realidade social por eles vivenciada. Tal aproximação pode ser operacionalizada através da elaboração de um perfil e estudo socioeconômico deste público.

Destaca Miotto (2009, p. 482), que:

Abordar o tema – estudos socioeconômicos – no âmbito do Serviço Social, remete a pensá-lo, inicialmente, enquanto parte intrínseca das ações profissionais dos assistentes sociais. Afinal de contas o desenvolvimento das ações profissionais pressupõe o conhecimento acurado das condições sociais em que vivem os sujeitos aos quais elas se destinam, sejam indivíduos, grupos ou populações.

Os assistentes sociais do setor de Emergência Cardiológica registram os dados relativos aos usuários atendidos em um Livro de Ocorrência, de uso exclusivo destes profissionais. Este documento contempla tanto dados gerais dos pacientes e familiares, obtidos nas entrevistas e abordagens, quanto os procedimentos cotidianos dirigidos a estes e descrevem sumariamente a interlocução com a equipe multidisciplinar da unidade.

O Livro de Ocorrências é utilizado também como meio de comunicação entre os profissionais de Serviço Social do setor, de diferentes turnos, contendo informações sobre as atividades realizadas em cada período, especificando qual profissional as realizou. Cada livro possui cerca de cem páginas e são substituídos por novos livros após o seu total preenchimento, ocasião na qual é enviado para arquivo.

Percebe-se que tal dispositivo acaba por “substituir” um instrumental ou ficha de entrevista que poderiam ser implementados na prática profissional para acolhimento aos usuários, visando uma coleta de dados planejada, organizada e intencional, possibilitando a construção de um perfil social e a realização de estudos socioeconômicos sobre o público atendido, contribuindo para a reflexão crítica de sua intervenção, para a definição de novas estratégias de atendimento, numa perspectiva de viabilização de direitos, em consonância com o Projeto ético-político do Serviço Social.

O instrumental compõe a dimensão técnico-operativa do profissional de Serviço Social, que deve conhecer se apropriar e, sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que lhe permitam desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes.

Como salienta Santos (2010):

Por formar um conjunto dialeticamente articulado com as técnicas, os instrumentos são constantemente aprimorados por elas, face à exigência de adequação diante das transformações da realidade e de atendimento das mais diversificadas necessidades sociais postas na sociedade capitalista.

A implementação de um instrumental de admissão social possibilitaria a coleta, organização e análise de dados sobre os usuários atendidos, permitindo a sistematização e reflexão sobre as suas condições de vida e de saúde, sobre questões críticas, demandas institucionais, profissionais e de usuários que se colocam no cotidiano profissional e também a visibilidade das ações do assistente social, pois, ao anexar o documento ao prontuário do paciente, permitiria disponibilizar à equipe multiprofissional elementos da sua realidade social que apoiariam o diagnóstico e decisões de conduta, favorecendo o

acompanhamento da situação e permitindo a supervisão e a avaliação do processo desenvolvido.

Importante ressaltar que as ações de construção de perfil socioeconômico, elaboração de estudos sociais e implementação de instrumental para atendimento direto aos usuários, são previstas como atribuições do assistente social no Manual Operacional do Serviço Social da FHCGV, em consonância com o que estabelece o Código de Ética da profissão.

Finalizando a descrição e análise das ações de Acolhimento, passa-se à segunda categoria de ações estudadas, contempladas no Acompanhamento Social.

2.2.2.2. Ações de Acompanhamento Social:

As atividades de acompanhamento social no SAT/SERC são aquelas desenvolvidas junto ao usuário internado e seus familiares/acompanhantes, possibilitadas pelas visitas ao leito do paciente, por demanda espontânea ou encaminhamento interno da equipe multiprofissional para o Serviço Social.

Tais atividades favorecem o estabelecimento de vínculos entre o profissional usuário na conformação de uma relação democrática, potencializando o processo de tratamento e a resolutividade no atendimento às necessidades dos demandatários das ações.

Após o atendimento inicial de emergência e a definição da internação, conduta médica, os pacientes do SAT/SERC recebem cuidados da equipe para estabilização do quadro, realização de exames complementares e dependendo do diagnóstico, podem ser transferidos para a clínica cardiológica (realiza tratamento clínico medicamentoso), cirúrgica (para pacientes com indicação de cirurgia cardíaca), unidade coronariana (para pacientes com quadro grave, que exija tratamento intensivo) ou receberem alta médica. Segundo dados do serviço de estatística do hospital, no mês de agosto do ano de 2013, dos 186 pacientes internados no setor, 121 foram transferidos internamente.

O acompanhamento social na emergência cardiológica assemelha-se, em suas ações específicas, ao acompanhamento realizado das demais clínicas de internação do hospital, com o diferencial do menor espaço de tempo, se comparado às clínicas, no qual os usuários permanecem na unidade de emergência.

O processo de internação acarreta uma nova realidade vivenciada por pacientes e seus familiares. Essa situação exige uma reorganização familiar - principalmente para advindos de outros municípios - que vai além da questão financeira. Muitas famílias

passam pela árdua experiência da separação de outros membros em um momento de grande fragilidade, comum à doença.

Implicam também nesse processo, os fatores determinantes e condicionantes da saúde, concebida em seu sentido ampliado, tais quais educação, moradia, lazer, trabalho, saneamento básico, etc. Além de enfrentarem o processo de adaptação que envolve questões culturais, climáticas, adaptação às rotinas do hospital, vínculo com uma nova equipe de tratamento, entre outros. Trabalhar com essas famílias implica em acolhê-las e buscar, de forma conjunta, alternativas que possam amenizar o impacto de todo esse processo de mudança que não é apenas de localização geográfica.

Deste modo, as principais ações de acompanhamento social junto aos usuários internados/familiares da emergência cardiológica dizem respeito a identificação de situações sócio-familiares que estejam interferindo no processo de tratamento do usuário, como: conflitos familiares, ausência destes às visitas e/ou abandono e realização de busca ativa de familiar quando necessário.

Verifica-se a ação do assistente social implicada na questão da ansiedade dos pacientes e familiares decorrentes da internação, esclarecendo ao familiar/acompanhante responsável das condutas adotadas pelo Serviço Social, configurando procedimentos voltadas para a intervenção e acompanhamento do processo de participação da família na recuperação do usuário internado.

Também compete ao Serviço Social intervir nas situações especiais de acompanhamento, buscando articulação com a equipe de saúde do setor para avaliação conjunta da necessidade de acompanhante em razão do estado clínico ou emocional do paciente. Articulação necessária inclusive nos casos em que as solicitações dos usuários internados e seus familiares ultrapassem as especificidades e atribuições do assistente social, sendo que há uma grande requisição a este profissional em dispor de um relativo domínio do discurso médico, que o habilite a “decifrar” alguns termos médicos e procedimentos terapêuticos, como os comumente utilizados em unidade cardiológica: cateterismo, angioplastia, stent, marcapasso, revascularização do miocárdio, entre outros.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência específica para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do psicólogo, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na área.

Concorda-se com Yamamoto (2002) quando esta indica que:

o trabalho em equipe coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993 e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996).

Neste âmbito, a Resolução N.º 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social, caracteriza o assistente social como profissional da saúde e ressalta que suas ações na área devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços.

Assim sendo, cabe aos profissionais do Serviço Social que atuam na emergência cardiológica, potencializarem suas atividades na direção da atuação em equipe, tendo como ações que precisam ser intensificadas e implementadas: o registro de sua intervenção e a inclusão de instrumental de admissão social no prontuário do paciente, subsidiando os demais profissionais da equipe quanto às informações sociais do usuário; incentivar e participar junto com os demais profissionais da unidade, de reuniões, estudos de caso e debates, apontando para a equipe os determinantes sociais das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários e as possibilidades de tratamento e recuperação face às suas condições de vida.

Nesse contexto, o assistente social tem como papel principal a operacionalização de mediações, entre usuários, equipe multiprofissional e instituição, as quais contribuam para a efetivação da condição de cidadania dos usuários, facilitando o acesso e informação deste público sobre seus direitos e sobre as formas de promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis, seja nas abordagens individuais ou grupais.

A socialização das informações, de acordo com Silva (2000), é um componente fundamental para o fortalecimento do usuário em direção à mudança de realidade e que não basta ter direito e acesso à informação, mas compreendê-la e usá-la em seu cotidiano.

A Informação se constitui em instrumento técnico do assistente social, que ao ser socializada, no atendimento direto aos usuários - inicial ou de acompanhamento - assume caráter de orientação, conformada como competência do profissional de

Serviço Social, na Lei que regulamenta a profissão. (Lei 8662/93). Ainda sobre a orientação, destaca Miotto que esta: “é pautada no compromisso da garantia do direito à informação, como direito fundamental de cidadania, no contato com o usuário é competência do assistente social informá-lo sobre os direitos que ele possui e como acessá-los, para além do âmbito institucional” (2009, p. 502).

O diagnóstico de uma doença grave e crônica como a doença cardiovascular representa para o paciente e familiares uma ameaça geralmente cercada de ansiedade, aflição, e dúvidas quanto a possíveis limitações físicas, mudanças no estilo de vida, nas atividades diárias, de trabalho, necessidade de novos arranjos e possibilidades de tratamento, exigindo conhecimento e intervenções psicossociais pelos profissionais de saúde.

As demandas trazidas ao Serviço Social pelos usuários e familiares em acompanhamento social na Emergência Cardiológica, denotam que as necessidades de saúde são determinadas pelas condições materiais de vida, conformadas numa sociedade marcada pela desigualdade social.

Segundo Marques (1997),

a variedade das demandas que surgem no plantão é bastante complexa e, na maioria das vezes, ultrapassa a esfera particularizada do setor de saúde. Assim, mesmo situado no interior da política de saúde, o assistente social não pode perder de vista que é cada vez maior a situação de pobreza e que com isso multiplicam-se as carências dos usuários, não se restringindo somente aos aspectos do adoecimento.

Neste âmbito, foram identificadas as seguintes atividades: verificar se o usuário procedente do interior do Estado está portando Guia de Tratamento Fora do Domicílio⁶, em caso negativo, fornecer encaminhamento técnico e orientação à família a fim de providenciar junto à Secretaria de Saúde do município de origem, abertura de processo para concessão do recurso. Este tipo de orientação é rotineira junto aos pacientes do SAT/SERC, tendo em vista a alta demanda de usuários procedentes de municípios no interior do estado.

⁶ O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. (MS, 1999)

Outro tipo de orientação frequente realizada pelo Serviço Social é acerca dos critérios e forma de acesso ao Benefício de Prestação Continuada⁷, os usuários com perfil para este tipo de benefício é identificado e orientado quanto aos requisitos e documentos necessários à solicitação do mesmo, também viabilizado laudo junto ao profissional médico e encaminhamento de familiares/acompanhantes à agência do Instituto Nacional do Seguro Social. As informações sobre o BPC são fundamentais ao público usuário atendido, visto a condição de portadores de doença limitadoras para o trabalho, a maioria idosos, com renda per capita inferior a um salário mínimo, que nunca contribuíram com a Previdência Social.

Completam as ações levantadas ainda: identificação e intervenção em situações relacionadas ao afastamento do usuário da sua atividade laboral (auxílio-doença, licença-saúde, recebimento de salários, proventos, benefícios e outros) e orientação do familiar/responsável a solicitarem ao médico assistente documento comprobatório para fins previdenciários.

Diante disso, pode-se dizer que as informações requeridas do assistente social no cotidiano de uma emergência cardiológica são diversas e abrangentes. Abrangem desde o conhecimento dos direitos e da forma de acessá-los, passam por informações referentes ao funcionamento das instituições e dos serviços, da organização do trabalho profissional, dos direitos dos usuários e chegam às necessidades básicas ou às condições específicas dos indivíduos. Porém, a forma como são trabalhadas essas informações é fundamental para a construção da consciência crítica.

Analisando as requisições colocadas para o Serviço Social no cotidiano de atendimento aos usuários da emergência cardiológica, percebe-se uma demanda que vai além da individualidade, configurando-se como demandas coletivas por educação, prevenção e promoção à saúde, indicando a potencialidade das atividades de informação/orientação realizadas pelos assistentes sociais.

Mesmo que o profissional de Serviço Social esteja prioritariamente no espaço institucional da atenção secundária e terciária à saúde, isto não significa que a sua prática esteja voltada apenas para a assistência. Além disso, as diretrizes da política referenciam a educação em saúde, a educação continuada, a promoção da saúde, que podem também ser realizadas nesse espaço e não apenas na atenção básica.

Sobre a questão, corrobora Cartilha do CFESS:

⁷ Benefício de Prestação Continuada, BPC, garantido pela Lei Orgânica de Assistência Social 8.742/93

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sociohistoricas a que são submetidos os usuários e mobilização para participação nas lutas em defesa da garantia de direito à Saúde. (CFESS,2009: P.25)

Dessa forma, o profissional não pode desconsiderar as potencialidades dessa dimensão, principalmente na atualidade em que as demandas imediatas tomam conta de grande parte da prática de assistentes sociais da saúde; exigindo que mesmo nessas atividades e ações assistenciais/emergenciais, o profissional reflita, planeje, inclusive sobre a dimensão socioeducativa presente nelas.

No próximo item, serão descritas e analisadas as atividades identificadas no eixo de Alta e Atenção ao Óbito.

2.2.2.3 Ações para Alta (Desospitalização) e Atenção à Situação de Óbito

No contexto da emergência cardiológica, além das atividades de acolhimento e acompanhamento social aos usuários internados e familiares, os assistentes sociais também são demandados nas situações de alta (desospitalização) e de óbito.

São situações que ultrapassam os mecanismos institucionais existentes e estão relacionadas às condições de vida da população e ao déficit da oferta dos serviços para atendê-las.

Em relação a tais demandas, salienta Vasconcelos (2007: 174).

São demandas dirigidas historicamente ao Serviço Social as quais sempre causaram controvérsia no interior da categoria devido ao seu componente burocrático. Mas nem sempre os profissionais conseguem se desvencilhar e/ou lidar com essas demandas na direção dos interesses dos usuários.

Em pesquisa realizada por Vasconcelos (2007) a respeito do trabalho de assistentes sociais na área da saúde no município do Rio de Janeiro, foi constatado que 91% dos profissionais pesquisados declararam alguma participação nos processos de alta, inclusive nas pequenas unidades de emergência.

A alta hospitalar é uma demanda que precisa ser refletida pela equipe de saúde a fim de estabelecer as atribuições dos diversos profissionais. É a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou família durante permanência na unidade que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no

processo de alta. O CFESS (2010), em publicação sobre a atuação do Serviço Social na área da Saúde ressalta:

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.

Segundo levantamento dos atendimentos realizados no SAT/SERC, no mês de agosto de 2013, de um total de 65 pacientes cardiopatas internados no setor, o número de 36 recebeu alta médica para domicílio. Nota-se um número alto de usuários que necessitam de atendimento e orientação nas situações de desospitalização.

Desta maneira, as ações do Serviço Social neste processo são identificadas como: preparação dos pacientes e familiares para alta hospitalar, esclarecendo-os quanto ao manejo a fim de evitar episódios de reinternação, identificação de situação socioeconômica que possa interferir no processo, motivação do usuário e familiares a participarem de forma efetiva do tratamento garantindo sua continuidade e condutas no pós-alta, auxílio no cumprimento das recomendações terapêuticas, orientações sobre prazos e a importância do retorno para as consultas médicas caso haja referência para acompanhamento ambulatorial interno, esclarecimentos sobre as unidades de referência na atenção básica para acompanhamento do tratamento, viabilização de meios a partir de mobilização de recursos internos e articulação extra institucionais para retorno ao domicílio/residência.

Considerando a Lei que Regulamenta a Profissão do assistente social estabelece no seu artigo 4º como competência deste profissional - 'orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos' - e o que consta no Código de Ética Profissional 'assegurar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais', o Serviço Social é chamado a ultrapassar as orientações pontuais realizadas no atendimento de preparação para alta e direcionar suas ações na perspectiva dos princípios do SUS, como a integralidade e intersetorialidade.

A respeito da Integralidade, apontam Pinheiro e Matos, 2001:

A integralidade é apreendida em várias dimensões. Diz respeito tanto à forma de organização dos sistemas e serviços de saúde na perspectiva do atendimento nos níveis de atenção, como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde. Visa suplantar o caráter individualista, com alto nível de

fragmentação e grande dificuldade de integralização das ações e dos diversos níveis de atenção e seus respectivos serviços.

A partir desta perspectiva, os assistentes sociais do SAT/SERC também desenvolvem no processo de desospitalização de pacientes: a comunicação e/ou encaminhamento aos órgãos de defesa dos direitos quando estes por ventura lhe forem negados (Ministério Público, Conselho do Idoso, Ouvidoria), a articulação e encaminhamento do usuário, de acordo com o caso, a rede de serviço socioassistencial considerando as diversas construções das políticas sociais, objetivando a inclusão em projetos institucionais que viabilizem práticas educativas e multidisciplinares. As orientações que são regularmente realizadas junto aos usuários da emergência cardiológica são: formas de inclusão no Programa HiperDia, acesso e atendimento na rede especializada do SUS, aquisição de medicamentos via Farmácia Popular, referência para atendimento em Centro de Referência de Assistência Social, possibilidade de acesso às políticas públicas de esporte e lazer.

Para desenvolver estas ações, exige-se do assistente social que esteja atento às mudanças na dinâmica do atendimento seja em nível da unidade em que trabalha e/ou da rede de saúde, seja nas demais instituições para as quais rotineiramente, fazem encaminhamentos, com o objetivo de facilitar e assegurar o atendimento ao usuário.

Atualmente o Serviço Social do SAT/SERC conta com um material (agenda) reunindo identificação e contatos de Serviços e órgãos que atendem no âmbito das políticas sócioassistenciais, sendo utilizado para consulta e encaminhamento de usuários que deles necessitem. Observa-se que tal material poderia ter seu uso potencializado, a partir de uma atualização, organização, construção e sistematização de seus dados, garantindo o norteamento da ação de encaminhamento.

Seria realizado um levantamento sistematizado das possibilidades e capacidades das instituições, associações e organizações públicas, sobre os programas e serviços nas diversas áreas além da saúde como assistência social, previdência, idoso, habitação, transporte, tanto no âmbito municipal, como no estadual. Levando em consideração também os projetos existentes, da capacidade de atendimento destes, dos recursos humanos e financeiros que cada projeto dispõe e quais são as possibilidades de ampliação e criação de novos serviços, programas e projetos em cada instituição.

Este levantamento se constituiria de um instrumento consolidado de informações quantitativas e qualitativas que auxiliaria ao Serviço Social a encaminhar os usuários atendidos de forma correta e segura à continuidade do seu tratamento, considerando

suas necessidades de saúde, a exemplo do que recomenda o CFESS (2010) em publicação que reúne parâmetros de atuação do Serviço Social na Saúde: 'conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais na esfera da seguridade social, através da criação de mecanismos de ação.'

A respeito da ação de Atenção à Situação de Óbito, trata-se de uma demanda preponderante num espaço de emergência, onde o perfil de atendimento aos usuários engloba doenças cardíacas graves representando risco de morte. De acordo com os dados do Setor de Estatística do Hospital de Clínicas, foram registrados 24 óbitos no setor SAT/SERC, dentre um total de 167 internados durante o mês de agosto de 2013.

As ações de assistentes sociais em situações de óbito nas unidades de saúde e hospitais sempre causaram controvérsias no debate da categoria devido o seu componente burocrático.

No sentido de orientar os profissionais, o Conselho Regional de Assistentes Sociais da 7ª Região promulgou a Resolução n. 49/96⁸, sobre a participação dos assistentes sociais na comunicação de óbito. De acordo com a resolução, o profissional de Serviço Social não tem o dever de participar na comunicação de óbito de usuários que não estejam ou tenham sido atendidos pelo assistente social.

Sobre a Resolução n.46/96, se a competência quanto à comunicação do óbito já está dada ao médico em decorrência de complementação de ações prestadas, parece que a família do usuário falecido perderia o direito a um atendimento de qualidade no momento em que recebe esta comunicação, visto que a presença do assistente social, neste momento, faz a diferença em termos de apoio e orientação sobre o sepultamento.

Dentre os profissionais de Serviço Social da emergência cardiológica, assim como de todos os outros setores do hospital, o atendimento e orientação à família/acompanhantes em situação de óbito é garantido, sendo esta atividade apontada como atribuição técnica do assistente social, inclusive para usuários que já se encontravam em óbito ao chegar à unidade de emergência.

Assim sendo, foram identificadas as seguintes intervenções profissionais em situação de óbito no setor: verificar a existência de documentos do paciente, origem da demanda, identificar o paciente que tenha chegado em situação de óbito, realizar busca

⁸ Resolução n. 49/96: Art. 1 – Não é de competência do assistente social comunicar óbito. Art. 2 – Os casos em que houver sido estabelecido um prévio relacionamento com o usuário falecido, seus familiares e/ou amigos, caberá ao assistente social se fazer presente no momento da comunicação do óbito, garantindo a continuidade de seu trabalho, no sentido de possibilitar o suporte emocional e as orientações previdenciárias, ou outras, que se fizerem cabíveis (CRESS, 1996).

ativa de familiar e encaminhar o mesmo ao profissional responsável que comunicará o evento óbito, socialização de informações à família/acompanhantes que facilitem as providências necessárias ao sepultamento, respeitando o momento de dor que, no geral, a morte de um ente querido provoca, viabilizar junto ao profissional médico a emissão de declaração de óbito, realizar articulação institucional (Secretarias de Saúde, de Assistência Social, Prefeituras) nas situações nas quais a família não conta com assistência póstuma nem recursos financeiros para providenciá-la e para apoio com traslado do corpo para pacientes advindos de municípios do interior, prestar orientações relativas a benefícios previdenciários, direitos da família, acesso à documentação civil de certidão de óbito, auxílio-funeral⁹.

Salientando que a abordagem do assistente social em situações de óbito não substitui a necessidade de intervenção dos diferentes profissionais de saúde, devendo ser assumido por toda equipe multiprofissional, mas concorda-se que a intervenção do Serviço Social junto à família/acompanhantes implica na possibilidade do acesso à orientação e informação acerca de direitos sociais, fazendo a diferença também em termos de apoio e suporte emocional.

Encerrando a descrição e análise dos eixos de ação pesquisados, percebe-se que as atividades evidenciadas colocam os assistentes sociais a todo o momento em contato com a população usuária e que este fato acarreta dar respostas imediatas a situações muitas vezes complexas, que vão além do emergencial e explícito.

⁹ O auxílio-funeral é considerado um Benefício Eventual que integra organicamente as garantias do SUAS e é prestado aos cidadãos e às famílias impossibilitados de arcar por conta própria com o enfrentamento da situação de morte. Prevê custeio das despesas de urna funerária, de velório e de sepultamento, de necessidades urgentes da família e ressarcimento no caso de perdas e danos causados pela ausência do benefício no momento em que este se fez necessário. (Art.22 LOAS)

3. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

O atual modelo assistencial implementado no Sistema Único de Saúde teve seus fundamentos no Movimento de Reforma Sanitária e seus princípios e diretrizes incorporados na Constituição de 1988 e na Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde).

Tais dispositivos concebem a saúde em seu sentido ampliado, envolvendo as condições de vida (habitação, alimentação, transporte, cultura, lazer) e de trabalho, entendendo a saúde abrangendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, sendo considerada como um componente e exercício da cidadania.

Dentre uma gama de agravos que atingem a população usuária do Sistema Único de Saúde, destacam-se as doenças cardiovasculares. Estas prevalecem como a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Só em 2010, foram 16,7 milhões de mortes relacionadas a complicações coronarianas, sendo 7,2 milhões por Doença Arterial Coronariana (DCV). Projeções apontam que em 2020 esses valores possam atingir o patamar de 35 a 40 milhões.

Diante deste quadro, é imperativo que as ações de saúde adotadas no Sistema Único de Saúde - SUS busquem superar as distorções do modelo assistencial que estabelece as dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo. As práticas de saúde voltadas para a reflexão sobre as condições de vida e trabalho assumem um caráter preponderante no atual modelo de saúde, envolvendo as ações nos diversos níveis assistenciais (primário, secundário, terciário e quaternário).

A aplicação do conceito ampliado de saúde, conforme o modelo adotado pelo SUS incide na ampliação do espaço sócio-ocupacional de uma gama diversa de profissionais e, especialmente, dos assistentes sociais, atribuindo relevância ao seu papel profissional à medida que a assistência integral ao usuário da Política de Saúde envolve a compreensão sobre a determinação social do processo saúde-doença.

O profissional de Serviço Social na área da saúde é legitimado a operacionalizar demandas que refletem as expressões da questão social manifestadas no cotidiano dos serviços públicos de saúde para além do seu caráter explícito, estabelecendo espaços de reflexão possíveis de problematizar e interpretar seus condicionantes implícitos, com base numa perspectiva de totalidade social.

A intervenção do assistente social é caracterizada pelo atendimento às demandas e necessidades sociais de seus usuários, que podem produzir resultados concretos, tanto nas dimensões materiais, quanto nas dimensões sociais, políticas e culturais da vida da população, viabilizando seu acesso às políticas sociais.

A partir do desenvolvimento desta pesquisa, pode-se compreender a intervenção do assistente social na emergência cardiológica da FHCGV, a partir da caracterização do perfil socioeconômico dos usuários internados no setor e da identificação das ações profissionais realizadas junto a este público.

O perfil evidenciado indica que os usuários demandantes das ações do Serviço Social no SAT/SERC estão inseridos em uma realidade marcada pela desigualdade social, exclusão e falta de acesso a bens e serviços e que suas condições materiais de vida e trabalho conformam seus processos de saúde-doença.

Quanto às ações cotidianas realizadas pelo assistente social, o presente trabalho identificou que as mesmas se concentram prioritariamente em atividades voltadas para o atendimento direto aos usuários. Tais ações relacionam-se intimamente com as necessidades e requisições de usuários e familiares e caracterizam-se pelo teor de atendimentos emergencial, de educação e informação em saúde, conformando o que o documento do CFESS (2009) classifica como campo de ações sócioassistenciais¹⁰ na área da saúde.

Ressaltou-se também nesta investigação, que o Serviço Social da unidade de emergência cardiológica desenvolve sua intervenção tendo em vista os referenciais teóricos e políticos hegemônicos, previstos na legislação e no projeto ético-político profissionais, tendo como parâmetros de atuação os princípios e diretrizes do SUS, implicando no reconhecimento da saúde como um direito social a ser efetivado, garantido e ampliado.

Explicitou-se que apesar do referido espaço socioocupacional requisitar ações marcadamente assistenciais e imediatas, é possível transpor o caráter individualista, pontual e focalizado das atividades realizadas junto aos usuários e familiares, como ressalta Iamamoto (1992):

nos dias atuais um dos maiores desafios dos assistentes sociais vem a ser a questão do desenvolvimento de sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano, ou seja, ser um profissional que propõem alternativas e não somente executa suas atividades.

Desta maneira, evidenciam-se possibilidades de ação a serem desenvolvidas pelo Serviço Social do SAT/SERC:

¹⁰ Os processos sócio-assistenciais reúnem o conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da atenção direta aos usuários nos diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde, a partir de demandas singulares visando responder as demandas/necessidades particulares, numa perspectiva de construção da autonomia dos usuários no âmbito das relações institucionais e sociais. (MARTINELLI, 1994)

- A implementação de um instrumental de admissão social, visando coleta de dados planejada, organizada e intencional, possibilitando a construção de um perfil social e a realização de estudos socioeconômicos sobre o público atendido;
- A sistematização da prática profissional, implicando na produção, organização e análise de dados sobre as atividades desenvolvidas, que poderão ser utilizados no sentido da qualificação das respostas dados às demandas que se apresentam no cotidiano;
- Potencialização das atividades do Serviço Social na direção da atuação em equipe, visando a perspectiva de atuação interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades do público usuário na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços;
- Construção de banco de dados com informações das instituições, associações e organizações públicas que desenvolvam programas e serviços nas diversas áreas além da saúde, conformando um instrumento consolidado de informações quantitativas e qualitativas que auxiliaria ao Serviço Social a encaminhar os usuários atendidos de forma correta e segura à continuidade do seu tratamento, considerando suas necessidades de saúde.

Sendo assim, aponta-se para a importância do profissional de Serviço social estar em constante aprimoramento para o conhecimento da realidade existente, objetivando identificar os limites e as possíveis alternativas de atuação na proposição e implementação de estratégias de ação, visando à garantia e a efetivação dos direitos de saúde e de cidadania da população atendida.

Por fim, na presente pesquisa, não se pretendeu dar conta de todas as particularidades acerca do tema estudado, mas uma aproximação da essência da questão investigada, de forma a contribuir não só com a reflexão da atuação do Serviço Social a nível institucional, mas também com a reflexão sobre a sua prática social cotidiana no interior do Sistema Único de Saúde. Com isso, este trabalho busca constituir-se também em instrumento dessa prática, contribuindo com a luta cotidiana no campo de tensões da política de saúde brasileira.

4. REFERÊNCIAS

Legislações e Resoluções

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006. 164 p.

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

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei nº 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Orientações Técnica: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília, 2009.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas sobre o PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família. O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, v. 1, 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução nº 212, 19.10.2006. Propõe critérios orientadores para a regulamentação da provisão de benefícios eventuais no âmbito da política pública de assistência social.

_____. Portaria nº 1169/GM Em 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências.

_____. Portaria n. 1196/GM de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de alta complexidade e dá outras providências. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Doenças Crônicas no Brasil: Sistema Único de Saúde – DATASUS. Brasília-DF; 2000.

_____. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Ministério da Saúde, 2000.

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.

_____. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.

_____. Resolução nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

_____. Resolução nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

_____. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília: CFESS, 2010.

CRESS 7ª Região. Resolução n. 49/96, de 10. 05.1996.

Publicações

BARBOSA, Dirce Maria de Jesus. O Plantão Social: Expressão da Realidade Social dos Anos 90. São Paulo: PUC, 1997. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa, Editora 70, 1979.

BARROCO, Maria Lucia S. Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos. São Paulo: Cortez, 2008.

BERZINS, M. A. V. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 14, n. 75, p. 19-34, set. 2008.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Cortez e UFRJ, 1996.

BRAZ, Marcelo. Notas sobre o Projeto ético- político da profissão. In: CRESS/ 7ª região. Assistente Social: ética e direitos. Rio de Janeiro, CRESS/ 7ª. Região, 2000.

CEPIK, Marco. Direito à Informação: situação legal e desafios. iP informática pública. Belo Horizonte: Prefeitura BH, n. 2, 2000. Disponível em: www.ip.pbh.gov.br. Acesso em: 18 out. 2013.

COHN, Amélia. Saúde como direito e como serviço. 5ª Edição Ed. Cortez, 1991.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 62, 2000.

CRITELLI, Dulce. O trabalho e o sentido da SILVA, M. L. L. da. Um novo fazer profissional. Brasília: UnB, 2000. p. 111-124. (Cadernos de Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais, módulo 4).

DAL PRÁ, Keli Regina. As ações profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a consolidação do Sistema Único de Saúde. Revista Textos & Contextos. Nº 2, ano II, dez. 2003

DESLANDES, Suely Ferreira. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

DRAIBE, Sonia Miriam. Por um reforço da proteção à família: contribuições à reforma dos programas de assistência social no Brasil. In: KALOUSTIAN, Silvio. (org.). Família brasileira, a base de tudo. – 7. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2005. p. 109-130.

FALEIROS, Vicente de Paula. Estratégias em Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1997.

FHCGV. Manual Operacional do Serviço Social. Versão atualizada. 2012

GERMANO, José Willington. A transformação da questão social e a educação. Conferência proferida durante a Reunião Anual da SBPC, 50, Natal, UFRN, 2008.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. Renovação e conservadorismo no Serviço Social. São Paulo, Cortez, 1992.

_____. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. S. Paulo, Cortez, 1999.

_____. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social em questão. Brasília: CFESS, 2002.

KOGA, Dirce; NAKANO, Kazuo. Perspectivas Territoriais e Regionais para as Políticas Públicas Brasileiras. A Abong nas Conferências 2005 criança e adolescente: assistência social. Brasília, nov. 2005. Disponível em: www.abong.org.br. Acesso em: 03 nov. 2013.

LEFEBVRE, Henri. Lógica Formal, Lógica Dialética. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. 5ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

LIMA, Tania Couto Santos de. Projeto de Intervenção: O Estágio de Serviço Social no Programa Docente Assistencial – PDA. Florianópolis: UFSC/DSS, 2003. (mimeo)

MARQUES, E. L. O plantão na prática do serviço social. Revista Superando Desafios, Rio de Janeiro, Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 2, n. 1, p. 49-61, 1997.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (Org.). O uso das abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social: um instigante desafio. São Paulo: Veras: 1994. (Caderno do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Identidade — Nepi, n. 1).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MIOTO, Regina Célia. Estudos socioeconômicos. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 481-96.

_____. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: BRAVO, Maria Inês de.(Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Orientação e Acompanhamento Social a Indivíduos, Grupos e Famílias. In: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: Abepss e Cfess, 2009.

_____. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar. In: SALES, Mione A; MATOS, Maurílio C. de; LEAL, Maria C. (orgs.). Política social, família e juventude: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004. p. 43-59.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 31, n. 4, Dec. 2010.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social e a crise contemporânea: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: Cead/Unb/Abepss/CEFESS, Módulo 1, 1999.

PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Rubem Araújo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.

SANTOS, Dario Costa. Prevalência de Síndrome Metabólica em Idosos Participantes do Hiperdia no Município de Cascavel – PR. 2007. Cascavel. 18 p. Trabalho de Conclusão de Curso de Nutrição/Faculdade Assis Gurgacz – Cascavel

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. Instrumentos e técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão. São Paulo. PUC, 1994. Dissertação de Mestrado.

SOARES, Aparecida de Castro. A prática de estágio em Serviço Social na área da saúde: socializando experiências. Sociedade em Debate, Pelotas, 15 (1):63-77, jan.-jun./2009 vida. Folha de S. Paulo. São Paulo, 2 mar. 2006. Folhaequilibrio, p. 2.

SOUSA, Charles Toliolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional Revista Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em <http://www.uepg.br/emancipacao>. Acesso em 30.10.2013

TEIXEIRA, Sônia Fleury (org). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: ABRASCO. 1989.

VASCONCELOS, Ana Maria de. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Serviço Social e Práticas Democráticas. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara. Política Social e Democracia. São Paulo, Cortez, 2001.

WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio. Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo, Edusp, 2001.