

O fazer profissional do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva do HUOL: uma análise sob o olhar dos usuários

The professional work Social Worker in the Intensive Care Unit of the HUOL: an analysis under the gaze of the users

Nayara Costa Santos*

Adriana Paula da Silva Eleutério**

Rita Lourdes Lima***

Resumo:

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que teve como objetivos analisar e correlacionar a atuação dos/as Assistentes Sociais com os parâmetros legais; identificar e analisar o conhecimento dos entrevistados acerca do fazer profissional do/a Assistente Social, principalmente, no âmbito da Terapia Intensiva; e subsidiar as reflexões dos profissionais de Serviço Social quanto às questões centrais a serem consideradas no fazer profissional dos/as Assistentes Sociais na UTI. A metodologia utilizada foi a qualitativa com amostra não probabilística intencional a partir de doze entrevistas semiestruturadas, realizadas com doze usuários (seis internados na UTI e seis visitantes). Os resultados apontam uma forte relação entre a escolaridade e a renda dos sujeitos, um nítido recorte de gênero entre as visitantes, demonstrando que o cuidado é associado ao sexo feminino e a percepção do Serviço Social como profissão, que deve resolver todos os problemas do usuário. Conclui-se, portanto, que não há clareza quanto às competências e as atribuições do profissional de Serviço Social e as que são de outros profissionais.

Palavras-chave: Exercício profissional. Assistente social. Unidade de Terapia intensiva adulto. Usuários.

Abstract:

The article shows the results of a research developed at Onofre Lopes University Hospital (HUOL). The hospital is linked to Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN). The article aims to analyze and correlate the performance of Social Workers with legal parameters; to identify and analyze the knowledge of the interviewed about how social workers work especially in the area of intensive care; and to subsidize the reflections of social workers about the central issues to be considered in the performance of social workers in the ICU. The methodology was qualitative with intentional non-probabilistic sample from twelve semi-structured interviews with participant (six ICU and six visitors). The results show a strong relationship between education and income of the individuals, a clear cut of gender among the visitors, it

* Assistente Social Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - HUOL/UFRN. E-mail: navaracosta15@hotmail.com

** Assistente Social do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN, mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: as.eleuterio@bol.com.br

*** Assistente Social. Mestrado e doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora do Departamento de Serviço Social da UFRN. E-mail: rita.pires2@gmail.com

demonstrats that care is associated with the female and the perception that the social worker should solve all the patient's problems. Therefore, it is concluded that there is no clarity about responsibilities and tasks of professional social work and those of other professionals.

Keywords: *Professional exercise. Social worker. Intensive care unit with adults. Users.*

Introdução

O presente artigo traz os resultados de uma pesquisa realizada com o intuito de desvendar o fazer profissional do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), sob o olhar dos usuários¹ (internados e visitantes). A pesquisa objetivou analisar o entendimento dos usuários a respeito do fazer profissional dos/as Assistentes Sociais em ambiente de Terapia Intensiva adulto e, para isso, foram realizadas entrevistas com seis internados na UTI e seis visitantes. Os resultados serão apresentados em três tópicos, a saber: o perfil socioeconômico dos sujeitos entrevistados; a composição da equipe multiprofissional da UTI, segundo os dados coletados com os entrevistados; e as informações que os participantes prestaram sobre o fazer profissional do/a Assistente Social em UTI. Para apresentar os resultados e a análise realizada, inicialmente, faz-se necessário abordar brevemente o surgimento e desenvolvimento da profissão, situando-a no âmbito do atual contexto da política de saúde, área de realização da pesquisa.

Este trabalho pretende, entre outros objetivos, expor a relevância do trabalho do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva adulto, a partir do conhecimento de seu fazer profissional, partindo da fala dos usuários dos serviços – internados e visitantes – que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS).

Situando o serviço social e sua atuação na saúde

O Serviço Social no Brasil surge por volta da década de 1930, associado a práticas assistencialistas e de caridade, com viés conservador, ligadas, principalmente, à Doutrina Social da Igreja Católica. Apesar de seu passado ligado à filantropia e caridade, o Serviço Social como profissão não é evolução da caridade, tendo em vista que surge como uma

¹ Utiliza-se, neste artigo, o termo “usuário” como sujeito de direitos que abrange internado e visitante, entendidos como sujeitos que utilizam os serviços de saúde do SUS.

profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, na fase monopolista do sistema capitalista, como demanda da burguesia e da Igreja Católica, para administrar as expressões da questão social² (PAULO NETTO, 1992), atuando nas diversas políticas sociais, entre elas a saúde.

Ao longo do desenvolvimento da profissão, o Serviço Social rompe com seu passado conservador. Tal rompimento se inicia com o Movimento de Reconceituação, na década de 1960, que possuía como cerne o questionamento ao Serviço Social tradicional³, modelo vigente desde o surgimento da primeira escola de Serviço Social no Brasil, em 1936 (IAMAMOTO; CARVALHO, 1985).

É a partir do Movimento de Reconceituação, mais especificamente com a perspectiva denominada por Paulo Netto (1991) “Intenção de Ruptura”, que ocorre a aproximação com a vertente marxista – visão dialética da realidade que apreende o movimento de contradição e transformação da sociedade em uma perspectiva de totalidade (YAZBEK, 2009). Essa aproximação foi se desenvolvendo ao longo das décadas seguintes e, atualmente, o Serviço Social possui diversos instrumentos normativos (Código de Ética Profissional, CFESS/1993; Lei de Regulamentação da Profissão, nº 8.662/1993; e as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social, ABEPSS/1996) que expressam os valores, as diretrizes, competências e atribuições norteadoras do seu Projeto Ético-Político Profissional (PEPP), a saber: a defesa dos Direitos Humanos, a luta pela ampliação dos direitos sociais, a socialização da riqueza produzida socialmente, uma sociedade sem preconceitos e sem exploração e opressão de qualquer natureza.

Especificamente na área de Saúde, a ação do Serviço Social se torna mais reconhecida, a partir da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional

² “[...] a questão social se apresenta como um eixo central capaz de articular a gênese das expressões inerentes ao modo de produzir-se e reproduzir-se do capitalismo contemporâneo, o que envolve as mudanças no mundo do trabalho; suas manifestações e expressões concretas na realidade social; as estratégias de seu enfrentamento articuladas pelas classes sociais e o papel do Estado nesse processo, em que se destaca a política social e os direitos sociais; e, por fim, os desafios teóricos, políticos e técnicos-operativos postos ao Serviço Social para seu desvelamento e inserção em processos de trabalho coletivos” (BEHRING; SANTOS, 2009, p. 275).

³ Modelo de trabalho ligado ao neotomismo, positivismo e funcionalismo. Estas são correntes de pensamento que embasaram o Serviço Social brasileiro até meados dos anos 1970. Apesar de divergentes em alguns pontos, tais correntes partem de uma visão de sociedade harmônica, equilibrada, com problemas sociais que são explicados a partir do plano moral/espiritual, sendo, portanto, passíveis de solução (AGUIAR, 1985).

de Saúde, bem como da Resolução nº 383, de 29 de março de 1999, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que reconhecem o/a Assistente Social como profissional de saúde. A criação da residência multiprofissional em saúde no ano de 2005, por meio da Lei nº 11.129, também foi outro importante passo na construção de um trabalho interdisciplinar na saúde, reconhecendo a importância de todos os profissionais da área, a fim de assegurar o direito à saúde em uma perspectiva integral.

A saúde tornou-se um direito de todos e dever do Estado a partir da Constituição Federal de 1988. Em seguida, no ano de 1990, foi criada a Lei Orgânica da Saúde, por meio das Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, as quais dispõem sobre a estruturação da política de saúde. A Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social ao apontar 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 a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990a).

Os diversos determinantes e condicionantes de saúde abarcam elementos biológicos (referentes a sexo, idade, herança genética), o meio físico (condições geográficas, moradia) e os condicionantes socioeconômicos e culturais (trabalho, renda, hábitos de vida, acesso aos serviços de saúde). É válido ressaltar que esses fatores condicionantes e determinantes da saúde fazem parte do contexto sócio-histórico de transformações macrosociais em que o sujeito está inserido (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Por isso, a saúde deve considerar os condicionantes e determinantes como imprescindíveis no processo saúde-doença, tanto que uma série de medidas está sendo tomada baseada nessa afirmação. Um exemplo disso é que a Organização Mundial de Saúde (OMS) instalou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde em 2005 para investigar e propor maneiras de reduzir as desigualdades de saúde. A Comissão apresentou, em 2008, um relatório final com três recomendações gerais necessárias para atingir o objetivo da sua criação, quais sejam: “[...] melhorar as condições de vida no dia a dia; combater o problema da distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e mensurar e compreender melhor as desigualdades de saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011, p. 2). A partir desse relatório vários encaminhamentos foram dados (Assembleia Mundial da Saúde, em 2009; Conferência Mundial sobre Determinantes

Sociais da Saúde, em 2011) visando discutir e traçar metas para contemplar as recomendações da Comissão.

Os/As Assistentes Sociais atuam e defendem a atenção em saúde ancorada nos fatores condicionantes e determinantes da saúde ao tentarem incorporar em suas ações os valores defendidos no seu Projeto Ético-Político e prescritos nos seus instrumentos normativos. A sua atuação é desenvolvida de maneira diferenciada das outras profissões, pois tentam analisar os fenômenos a partir de uma perspectiva de totalidade, ou seja, analisando suas contradições, correlações de forças, e seus diversos determinantes sociais e conjunturais. Além disso, o fazem defendendo o direito dos usuários a serviços de qualidade, uma vez que tais serviços são parte da riqueza socialmente produzida por todos e apropriada de forma privada.

Nesse sentido, ao analisarem e intervirem no processo saúde-doença dos usuários, não consideram somente os fatores genético-biológicos da doença, fazem-no observando e destacando, principalmente, os efeitos da concentração da riqueza e desigualdade social como elementos determinantes nesse processo. Esse fato pode ser explicado pela formação acadêmica da profissão, a qual possui um currículo fundamentado na defesa dos direitos humanos e de valores emancipatórios, que ressalta a necessidade de construção de uma nova sociedade que rompa com os valores mercadológicos e competitivos da sociedade capitalista.

Diante disso e de outros determinantes – entre os quais, o rompimento do Serviço Social com a caridade e filantropia –, percebe-se certa dificuldade de profissionais de outras categorias e dos usuários em identificar a prática do/a Assistente Social condizente com os instrumentos normativos da categoria, o projeto de sociedade e o atual conjunto de valores contidos no chamado Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social (PEPSS).

A partir da identificação dessa questão, foi elaborado um projeto de pesquisa com vistas a investigar o fazer profissional do/a Assistente Social na saúde, especificamente na Unidade de Terapia Intensiva adulto⁴, sob o olhar dos usuários entrevistados. As Unidades de Terapia Intensiva possuem em comum a particularidade de um grande aparelhamento

⁴ A UTI adulto foi escolhida como foco da pesquisa devido à pesquisadora responsável fazer parte do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com área de concentração em Terapia Intensiva adulto do HUOL.

tecnológico e uma assistência profissional especializada, o que caracteriza um modelo tecnoassistencial fragmentado, centrado em procedimentos, que tendem a olhar o usuário em partes isoladas. Ou seja, o foco da atenção é o procedimento, não o usuário em sua subjetividade e múltiplas expressões (MERHY, 1998). E é nesse universo centrado em procedimentos que o/a Assistente Social é requisitado a trabalhar, visando assegurar direitos aos usuários em geral.

A seguir, apresenta-se um maior detalhamento acerca do caminho metodológico da referida pesquisa.

Apresentando a pesquisa

Como já assinalado, o *locus* da pesquisa foi a UTI do Hospital Universitário Onofre Lopes, localizado no município de Natal/RN, Hospital de referência em média e alta complexidade, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A pesquisa teve como objetivo geral analisar o entendimento dos usuários (internados e visitantes) a respeito do fazer profissional dos/as Assistentes Sociais em ambiente de Terapia Intensiva adulto; e como objetivos específicos analisar e correlacionar a atuação dos/as Assistentes Sociais com os parâmetros legais; identificar e analisar o conhecimento dos entrevistados acerca do fazer profissional do/a Assistente Social, principalmente, no âmbito da Terapia Intensiva; e, por fim, subsidiar as reflexões dos profissionais de Serviço Social sobre as questões centrais a serem consideradas no fazer profissional dos/as Assistentes Sociais na UTI.

A metodologia utilizada na pesquisa incluiu o método de investigação qualitativo que busca fazer uma análise abrangente da realidade, em seus aspectos complexos de abordagem do fenômeno social, e a análise de conteúdo foi a técnica utilizada para analisar os dados coletados, a qual “consiste em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado, para permitir sua comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira” (RICHARDSON, 2008, p. 243).

Durante a elaboração do projeto de pesquisa, coleta de dados e construção do artigo, foram realizadas pesquisas bibliográficas em livros, revistas, documentos e leis, em relação aos seguintes temas: Política de Saúde; Serviço Social em Saúde; Pesquisa Social; Sistema Único de Saúde (SUS), Terapia Intensiva e Constituição Federal de 1988.

Optou-se por entrevistas⁵ semiestruturadas, as quais se caracterizam como um conjunto de questões previamente definidas, mas que são desenvolvidas de acordo com as respostas do entrevistado e interesse do entrevistador, o qual deve direcionar a abordagem de acordo com as respostas já contempladas (BONI; QUARESMA, 2005).

As entrevistas foram realizadas com seis internados na UTI (a Unidade possui 19 leitos) e seis visitantes da Unidade (segundo as normas institucionais, cada internado tem direito a receber três visitantes em cada um dos dois horários de visitas), totalizando 12 entrevistas, realizadas durante o mês de setembro de 2014. A amostragem definida foi a não probabilística intencional que, segundo Richardson (2008), parte da relação intencional entre os elementos da amostra e as características estabelecidas no plano e nas hipóteses formuladas pelo pesquisador. A amostra foi diversificada de maneira que os seis visitantes entrevistados não correspondessem aos internados entrevistados, devido à necessidade de expandir o universo da pesquisa em relação a questões sociais, econômicas, culturais, entre outras.

Acerca dos cuidados éticos com os entrevistados, em relação aos internados, a pesquisadora buscou informações junto à equipe de trabalho da UTI sobre o nível de dor, consciência e orientação do internado a ser entrevistado, com vistas a garantir os direitos e a veracidade das informações prestadas por eles. Só participaram da pesquisa internados estáveis e conscientes. Todos eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Vale pontuar que foi utilizado apenas um roteiro de entrevista, com questões relacionadas ao exercício profissional do/a Assistente Social na saúde com foco em ambiente de UTI, direcionado tanto aos internados quanto aos visitantes, já que ambos se caracterizam como usuários do Sistema Único de Saúde.

Como critério de inclusão para participar da pesquisa utilizou-se o tempo de permanência dos internados na Unidade, tanto para os internados quanto para os visitantes. Foi necessário que eles possuíssem vínculo com a UTI de, pelo menos, três dias, pois esse tempo possibilitaria um olhar diferenciado em relação ao primeiro dia de

⁵ Entrevista é uma estratégia utilizada nas pesquisas sociais como um modo de comunicação verbal que objetiva a coleta de informações do tema em análise junto aos entrevistados (DESLANDES, 1994).

admissão na Unidade, momento que, geralmente, ocorre grande fragilidade da família e do internado.

Na apresentação e análise dos resultados, os nomes dos internados e visitantes foram substituídos por nomes de rosas, haja vista garantir o sigilo dos participantes. Os resultados foram expressos por meio de representação em tabela e gráfico e também pela fala de entrevistados.

O projeto em questão foi submetido à avaliação da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, Instituição onde a pesquisa foi realizada. Após seu consentimento, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUOL/UFRN), cuja aprovação ocorreu no mês de março de 2014 pelo Parecer 574.075/2014 e CAAE: 24703513.7.0000.5292.

Conhecendo os sujeitos da pesquisa: perfil dos entrevistados

Nas entrevistas realizadas com internados e visitantes da UTI do HUOL, buscaram-se dados acerca do perfil dos entrevistados, como sexo, idade, grau de escolaridade, profissão, renda, religião, entre outros que, supomos, exercem influência nas respostas dos entrevistados.

Em relação ao sexo dos internados entrevistados foram três (50%) homens e três (50%) mulheres. Já em relação aos visitantes, a coleta de dados foi realizada com seis (100%) mulheres. O predomínio das mulheres na realização das entrevistas dos visitantes já expõe um dado que merece análise: a predominância das mulheres no papel de cuidadora/visitante. “Historicamente a mulher desenvolveu funções do cuidado e da assistência, daí a divisão dos papéis sociais ditos ‘femininos’ e ‘masculinos’” (NOGUEIRA; SILVA, 2009, p. 13)⁶.

Assim como citado anteriormente, a mulher assume um papel histórico nos cuidados, principalmente, familiares. Quando há internação hospitalar, esse cuidado se

⁶ Essa questão nos remete a discussão da categoria gênero, a qual é exposta por Scott (1995, p. 7) como sendo a forma pela qual se desenvolvem as relações sociais entre os sexos. “[...] uma maneira de indicar ‘construções sociais’ - a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres”. Para maior aprofundamento sobre o assunto ver: Bandeira (1977), Hirata e Kergoat (1994), entre outros.

estende às visitas e acompanhamento de usuários no âmbito das Instituições. Como na UTI não há acompanhante, as visitas tendem a ser, prioritariamente, realizadas por mulheres.

Outra característica abordada na pesquisa refere-se ao grau de escolaridade dos entrevistados. Essa questão é de suma importância na discussão do perfil do entrevistado, pois o grau de escolaridade pode influenciar na visão acerca do Serviço Social, da saúde e do próprio serviço prestado na UTI.

A seguir são apresentados os dados referentes ao grau de escolaridade e renda mensal do grupo familiar dos internados e visitantes entrevistados.

Tabela 1- Grau de escolaridade dos internados e visitantes

GRAU DE ESCOLARIDADE			
INTERNADOS		VISITANTES	
Ensino Fundamental Incompleto	50%	Não Alfabetizado	16,67%
Ensino Médio Completo	16,67%	Ensino Fundamental Incompleto	16,67%
Ensino Superior Completo	16,67%	Ensino Médio Incompleto	16,67%
Pós-Graduação	16,67%	Ensino Médio Completo	50%

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados coletados (2014)

Tabela 2- Renda Mensal do Grupo Familiar de internados e visitantes

RENDA MENSAL DO GRUPO FAMILIAR			
INTERNADOS		VISITANTES	
Até dois salários mínimos	50%	Até dois salários mínimos	33,33%
Até quatro salários mínimos	16,67%	Até três salários mínimos	33,33%
Média de sete salários mínimos	16,67%	Até quatro salários mínimos	33,33%
Média de onze salários mínimos	16,67%	_____	_____

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados coletados (2014)

Observa-se que o grau de escolaridade tanto dos internados quanto dos visitantes da pesquisa realizada está relacionado à condição financeira do grupo familiar do qual fazem parte. Isso quer dizer que há entre esses dois fatores uma relação intrínseca.

No grupo dos internados observou-se que quanto maior o grau de escolaridade maior a renda mensal da família. Os três internados que possuíam o ensino fundamental

incompleto, 50%, eram os mesmos que possuíam renda de até dois salários mínimos, 50%. O entrevistado Lírio que possuía o ensino médio completo tinha renda mensal de até quatro salários mínimos. Já Narciso e Antúrio, o primeiro com curso superior e o segundo com pós-graduação, possuíam as rendas mais altas do grupo, sete e onze salários mínimos, respectivamente.

No tocante ao grupo dos visitantes, o mesmo fato ocorreu, porém nem todos os seis entrevistados seguiram a lógica do grupo dos internados. A entrevistada Girassol que não era alfabetizada possuía uma renda de até três salários mínimos, já Gérbera que tinha o ensino médio completo possuía a mesma renda. As entrevistadas Violeta e Rosa que possuíam renda de até dois salários mínimos tinham o fundamental incompleto e o ensino médio completo, respectivamente. Por último, Azaleia e Orquídea possuíam a mesma renda familiar, de até quatro salários mínimos, e grau de escolaridade diferente, a primeira tinha ensino médio incompleto e a segunda possuía o ensino médio completo.

Apesar de ter ocorrido no grupo de internados entrevistados o fato de que quanto maior o grau de escolaridade maior a renda mensal da família na qual o mesmo é membro, observamos a quebra dessa lógica no grupo dos visitantes. Atribui-se a isso fatores como número de membros do grupo familiar que possuía ou não, vínculo empregatício, aposentadoria ou benefício.

A visitante entrevistada Rosa que possuía deficiência auditiva usava um aparelho para melhorar a audição. É importante registrar que a ela concluiu o ensino médio e disse durante a entrevista ter dificuldade em inserir o mercado de trabalho, atribuindo a isso o fato de ser uma pessoa com deficiência. Gérbera também concluiu o ensino médio, mas estava desempregada. Citou durante a entrevista que estava aguardando ser chamada por uma empresa para a realização de uma entrevista de emprego na área de telemarketing. Observa-se que, nos dois casos, devido a fatores diversos, a renda familiar sofre interferências que não se relacionaram diretamente ao grau de escolaridade.

Tornou-se necessário fazer uma explanação das características sociais e econômicas dos entrevistados em virtude de ser importante conhecer o público que está referindo algumas questões pertinentes ao exercício profissional. Além disso, os estudos socioeconômicos são competência profissional do/a Assistente Social, segundo a Lei nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão. “Para realizar estudos sociais, é necessário

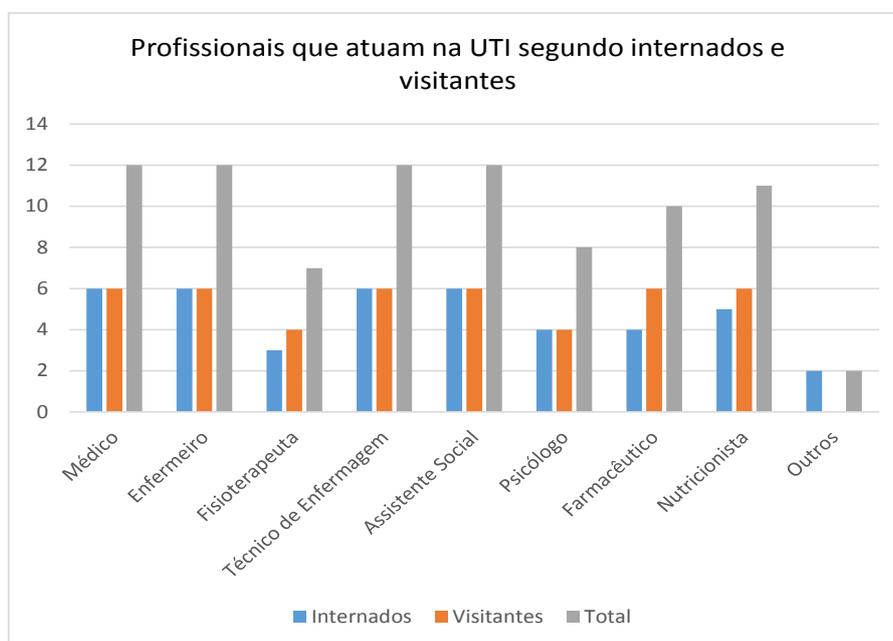
aproximar-se da realidade social dos sujeitos demandantes da ação para compreender com precisão a sua situação e poder analisá-la, avaliá-la ou emitir um parecer sobre ela” (MIOTO, 2009, p. 491).

A renda e escolaridade dos sujeitos desencadeia influência no processo saúde-doença e nos cuidados em saúde. Por isso, a pesquisa se iniciou com a busca das informações ligadas à realidade social dos sujeitos para, posteriormente, adentrar no objeto central que é a intervenção do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva, sob o olhar desses mesmos sujeitos.

Apresentando a equipe que compõe a UTI a partir da visão dos internados e visitantes

Antes de adentrar no âmbito do fazer profissional do/a Assistente Social na UTI, é necessário fazer uma análise sobre a equipe da UTI onde esse profissional está inserido. Na realização das entrevistas, os usuários foram questionados sobre as profissões que desempenham, de alguma forma, sua intervenção profissional na Unidade de Terapia Intensiva. Oito profissões foram elencadas para os entrevistados assinalarem se havia ou não a atuação dessa profissão na UTI. Além disso, foi dada a opção “outras” para que o entrevistado, se desejasse, completasse com outras profissões não citadas pelo pesquisador na entrevista, mas que o internado ou visitante considerava haver na Unidade.

Gráfico 1- Profissionais que atuam na UTI segundo internados e visitantes



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados coletados (2014)

Como pode ser observado no gráfico acima, entre as profissões que são lotadas na Unidade de Terapia Intensiva e que devem ser exclusivas desse ambiente, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada nº 07/2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, apenas o Fisioterapeuta deixou de ser citado por todos os entrevistados, contudo, Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem foram marcados em sua totalidade como profissionais que atuam na UTI.

O profissional de Fisioterapia avalia o internado na sua chegada à Unidade para saber se há necessidade de uma intervenção específica da Fisioterapia, a fim de possibilitar uma recuperação clínica mais satisfatória, ao contrário das outras profissões citadas, que exercem seus cuidados em todos os internados na UTI. Atribui-se a esse fato, a questão de o Fisioterapeuta ser citado apenas por três internados enquanto profissão atuante na Unidade.

O/A Assistente Social, Psicólogo, Farmacêutico e Nutricionista são profissionais que não se encontram lotados na UTI, mas são caracterizados como recursos assistenciais que devem ser oferecidos à beira do leito da Unidade (BRASIL, 2010). Essa normatização se associa às informações coletadas em relação a essas profissões, com exceção do Assistente Social⁷, assim como está exposto no gráfico acima. Por não estar lotada na Unidade desempenhando seu trabalho, a tendência dos usuários é concluir que essas profissões não atuam nesse espaço e, caso atuem, realizam sua ação de maneira indireta.

No que se refere ao questionamento sobre outras categorias presentes na UTI, dois internados citaram que existem profissionais além dos elencados pelo pesquisador. Um internado afirmou haver na UTI, além do médico Intensivista, um especialista em Psiquiatria; e o outro destacou a presença de maqueiros, auxiliares de nutrição e auxiliares de serviços gerais, como profissionais presentes na Unidade de Terapia Intensiva do HUOL.

Diante disso, é essencial que os profissionais de saúde, ao realizarem suas ações, identifiquem-se, tanto em relação à profissão quanto ao seu nome, pois é direito do usuário saber quem é o profissional que está lhe atendendo (BRASIL, 2009). A partir desse processo inicial de identificação, é possível que a equipe se aproxime mais dos usuários, conheça

⁷ Associa-se, entre outras coisas, o grande número de marcação no Assistente Social devido o título da pesquisa ser “O fazer profissional do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva do HUOL: uma análise sob o olhar dos usuários”.

seus anseios e queixas e busque atuar fundamentado pelo conceito ampliado de saúde, que considera a saúde dos sujeitos a partir de fatores condicionantes e determinantes mais abrangentes.

Revelando o fazer profissional do assistente social na unidade de terapia intensiva do HUOL: relação com os parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde

O Serviço Social emerge como profissão, obtendo espaço ocupacional, a partir do momento em que o Estado cria instituições sociais num contexto em que a questão social se põe como alvo da sua intervenção por meio das políticas sociais públicas (RAICHELIS, 2009).

Instaura-se, assim, um lugar específico do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho, por meio da constituição de um mercado de trabalho que passa a requisitar agentes habilitados para a formulação e implementação das políticas sociais, entre as quais o assistente social (RAICHELIS, 2009, p. 380).

O/A Assistente Social desenvolve sua prática profissional por meio, principalmente, da implementação das políticas sociais que buscam garantir direitos para a população usuária daquele serviço, no âmbito da saúde, assistência social, previdência social, educação, área sociojurídica, entre outras.

De modo geral, o/a Assistente Social desenvolve seu trabalho baseado em instrumentos normativos que abrangem todas as demais áreas de atuação. Na saúde, entretanto, em 2010 foi elaborado pelo conjunto, Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social (CFESS-CRESS), um documento com vistas a nortear as ações dos profissionais de Serviço Social no âmbito da saúde, denominado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”. Esse documento foi de suma importância para a realização da análise e discussão dos dados coletados nas entrevistas.

Com vistas a analisar a atuação do/a Assistente Social no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva, a partir do conhecimento dos internados na UTI e visitantes sobre o seu fazer profissional, correlacionando com os instrumentos normativos da profissão, foram abordadas questões nas entrevistas que fazem parte das requisições apresentadas no cotidiano profissional como sendo competência ou atribuição do/a Assistente Social.

A pergunta realizada sobre o fazer profissional do/a Assistente Social em Unidade de Terapia Intensiva aos internados e visitantes durante as entrevistas era a seguinte: “Dentre as ações a seguir, quais você identifica como sendo ações a serem desenvolvidas pelo/a Assistente Social na UTI?”. Os entrevistados eram esclarecidos que poderiam assinalar quantas alternativas considerassem corretas e que não precisavam citar qual o profissional era responsável pela ação, caso não a identificasse como sendo ação do/a Assistente Social.

Quatro ações serão discutidas. Primeiramente duas que de fato são competência profissional e, em seguida, duas que não são. A escolha para análise se deu pelas ações que foram mais assinaladas por internados e visitantes como sendo ação do/a Assistente Social e serem as mais demandadas no exercício profissional em UTI. A análise foi realizada pela correlação entre as respostas dos usuários e os instrumentos normativos do Serviço Social.

A seguir apresentam-se as respostas dos entrevistados organizadas com base nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

Tabela 3- Ações de competência do/a Assistente Social, segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde e respostas dos entrevistados

Ações de competência do/a Assistente Social	Internados	%	Visitantes	%	Total Geral	Total Geral %
1. Encaminhar providências e prestar orientação social	6	100%	6	100%	12	100%
2. Prestar informações por meio de orientações e/ou encaminhamento quanto aos direitos dos usuários	5	83,33%	6	100%	11	91,66%
3. Comunicar sobre alta	6	100%	5	83,33%	11	91,66%
4. Realizar atividades educativas	4	66,67%	6	100%	10	83,33%
5. Construir o perfil socioeconômico dos usuários	4	66,67%	6	100%	10	83,33%
6. Autorização para entrada de visitas na UTI, fora do horário definido e em situações extraordinárias	5	83,33%	5	83,33%	10	83,33%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados coletados (2014)

Como observado na tabela anterior, as respostas dos seis internados em relação a duas questões tiveram 66,67% de afirmação quanto à ação ser desenvolvida pelo/a Assistente Social. Outras duas ações tiveram 83,33% de afirmação. E mais duas ações tiveram 100% de confirmação em relação ao seu desenvolvimento ser de competência do/a Assistente Social.

Em referência aos visitantes, todos os seis entrevistados afirmaram que quatro ações são desenvolvidas pelo/a Assistente Social. As outras duas ações foram marcadas por cinco visitantes, ou seja, 83,33% consideraram duas atividades como competência do/a Assistente Social.

A ação “Encaminhar providências e prestar orientação social” foi marcada por todos os entrevistados, ou seja, os seis internados e os seis visitantes confirmaram ser essa uma atividade do profissional de Serviço Social. Sendo uma ação bastante presente no cotidiano profissional, tem-se que a ela é de fato uma competência profissional, assim como está disposto na Lei nº 8.662/1993, Art. 4º, inciso “III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população”. Nas orientações sociais é importante que o/a Assistente Social atue com vistas a democratizar informações que possibilitem o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

O item “Comunicar sobre alta” foi marcado por seis internados e cinco visitantes como sendo uma atividade do/a Assistente Social. Por ser o profissional de saúde que realiza um acompanhamento social periódico do internado e seus familiares durante a internação hospitalar com vistas à garantia de acesso aos serviços de saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010), o/a Assistente Social é demandado pela equipe da UTI a realizar contato com familiares de internados que se encontram de alta da UTI para a enfermaria. O profissional de Serviço Social comunica e solicita a presença de um familiar/responsável no hospital, pois é direito deste receber a informação, já que não há acompanhante na UTI, e para possibilitar ao internado mais segurança no momento da transferência da UTI para a enfermaria.

Tabela 4- Ações que não são de competência do/a Assistente Social, segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde e respostas dos entrevistados

Ações que não são de competência do/a Assistente social	Internados	%	Visitantes	%	Total Geral	Total Geral %
1. Prestar assistência psicológica aos pacientes ou visitantes	5	83,33%	6	100%	11	91,66%
2. Marcar exames bem como solicitar autorização para tais procedimentos aos setores competentes	0	0%	3	50%	3	25%
3. Autorização para entrada de visitas na UTI	6	100%	5	83,33 %	11	91,66%
4. Prestar informações sobre a situação de saúde do/a paciente	4	66,67%	1	16,67 %	5	41,67%
5. Controle das vagas de leitos na UTI	4	66,67%	3	50%	7	58,33%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados coletados (2014)

Observa-se que na tabela 4 houve um decréscimo de marcações em relação à tabela 3. Duas questões receberam quatro marcações dos internados. Uma atividade teve confirmação por parte de cinco internados como sendo competência do/a Assistente Social. Mais uma ação foi assinalada pelos seis internados. E a outra não teve nenhuma marcação.

Quanto aos visitantes, observa-se que duas ações tiveram marcações de três entrevistados. Uma ação foi marcada apenas por um visitante. Outra atividade foi assinalada por cinco visitantes. E mais uma ação teve seis marcações.

No que diz respeito à ação que não é de competência do profissional de Serviço Social, mas que obteve grande identificação destaca-se: “Prestar assistência psicológica aos usuários ou familiares/responsáveis”, marcada por cinco internados e seis visitantes. Os profissionais de Serviço Social e Psicologia estão inseridos no âmbito da política de saúde como profissões com formação na área de humanas, ao contrário da maioria dos profissionais atuantes nessa área. Com isso, essas duas profissões são, em alguns momentos, confundidas em relação ao seu papel dentro das Instituições. Tanto o/a

Assistente Social quanto o Psicólogo realizam uma escuta qualificada para poder realizar cada qual sua intervenção profissional. Esse fato é um dos que geram a “confusão” em relação às competências das profissões mencionadas. Porém, segundo os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, é necessário que o/a Assistente Social realize reuniões e debates com as outras categorias profissionais para esclarecer quais são as ações de sua competência e traçar planos de trabalho para não deixar o usuário sem o encaminhamento necessário (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010). Essa ação coletiva irá repercutir nos usuários da saúde, gerando uma nova forma de pensar o Serviço Social e a Psicologia, já que esses sujeitos irão receber o atendimento de maneira organizada e esclarecida pela equipe de saúde.

A ação “Autorização para entrada de visitas na UTI” recebeu seis marcações dos internados e cinco dos visitantes, mas não é competência do/a Assistente Social. O fato de o profissional de Serviço Social ser procurado pelos usuários que buscam realizar visita fora do horário estabelecido, devido a diversas questões⁸, contribui para a ideia de que autorizar a entrada de visitas na Unidade nos horários organizados pela Instituição, pela equipe que compõe a UTI, também seria responsabilidade do/a Assistente Social. Além disso, essa conclusão se deu também pelo fato de o/a Assistente Social ser o/a profissional que realiza orientações sobre normas e rotinas hospitalares (horários e quantidade de visitas; roupas não permitidas para entrada no Hospital; questão de acompanhante...) no momento da realização da entrevista social. Os responsáveis pelo controle das visitas na UTI são os funcionários da Recepção Hospitalar (liberam a entrada no Hospital) e, um funcionário administrativo na UTI (realiza o controle das visitas na Unidade, já que entram no Hospital três visitantes por internado, sendo que no âmbito da UTI a entrada é de um por vez).

Apesar do decréscimo de marcações da tabela 3 para a 4, observa-se um número considerável de sinalizações das ações apresentadas nas duas tabelas. Atribuímos, entre outras coisas, o grande número de identificações nas questões apresentadas a algumas falas elucidadas nas entrevistas e percebidas no cotidiano profissional. A visitante Azaleia,

⁸ Nos casos de visita fora do horário estabelecido pela Instituição, o/a Assistente Social realiza uma escuta qualificada daquele familiar/responsável e, em seguida, realiza contato com a equipe da UTI para saber se há condições na Unidade de liberar a visita.

por exemplo, marcou 10 das 12 ações citadas. No final, ao perceber que havia marcado a maioria, a mesma destacou: “A Assistente Social resolve tudo”. Isso nos remete a analisar que, nesse contexto macrossocial de contrarreforma⁹ no Brasil, busca-se a inviabilização do SUS trazendo repercussões em questões operativas no cotidiano dos serviços (demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, problemas com qualidade e quantidade de atendimento), bem como rebatimentos que se expressam no aumento de demandas no ambiente de trabalho do/a Assistente Social (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010). E, nesse contexto de desrespeito aos direitos, o usuário ainda associa o/a Assistente Social a alguém que, por caridade e filantropia, vai resolver qualquer problema que lhe chegue como demanda cotidiana.

Por ser um profissional que realiza uma escuta qualificada antes de realizar sua intervenção, o/a Assistente Social tornou-se referência em encaminhamentos e resoluções de questões que algumas vezes não fazem parte de suas atribuições ou competências profissionais.

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 41).

Aliado ao trabalho em equipe, salienta-se que é necessária uma apropriação da categoria de Serviço Social com seus instrumentos normativos e a formação permanente, pois as mudanças no mundo do trabalho acontecem cotidianamente e, caso o profissional não se capacite continuamente, os resultados irão se refletir no atendimento aos usuários, os quais tendem a criar conceitos equivocados sobre a profissão. Conceitos que são construídos pelos/as Assistentes Sociais quando realizam ações que não são de sua competência profissional.

Diante desse contexto, o fazer profissional do/a Assistente Social é essencial para garantir os direitos dos internados e seus familiares/responsáveis enquanto sujeito nas

⁹ O termo contrarreforma é utilizado por Behring (2003), para se referir ao caráter regressivo das reformas adotadas pelo governo brasileiro, a partir dos anos 1990, desregulamentando e retirando direitos trabalhistas e restringindo as ações do Estado no campo das políticas sociais.

diversas particularidades da vida pessoal e social, as quais são componentes fundamentais do processo saúde-doença, principalmente num ambiente especializado, fragmentado e mediado por alta densidade tecnológica como a UTI, e permeado por angústias e medos por parte dos usuários ao terem que lidar com a internação em um ambiente de UTI.

Apontando algumas considerações

O artigo apresenta resultados e discussões da pesquisa realizada na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário Onofre Lopes, visando expor aos leitores qual o olhar dos internados e visitantes da UTI sobre o fazer profissional do/a Assistente Social e sua relação com os instrumentos normativos da profissão. Com base no exposto, torna-se de suma importância deixar algumas contribuições para os/as Assistentes Sociais que compõem a equipe de Serviço Social do HUOL, já que a pesquisa foi realizada nesse Hospital. Entretanto, não se exclui a necessidade da difusão desse trabalho para todos os profissionais de saúde, visando democratizar informações referentes às competências do/a Assistente Social, membro da equipe multiprofissional de saúde.

A exposição dos dados referentes às características socioeconômicas dos entrevistados pôde oferecer aos leitores um maior esclarecimento quanto ao público usuário dos serviços de saúde no âmbito da Terapia Intensiva adulto. Além disso, foi possível perceber a relação entre sexo, escolaridade e renda dos sujeitos, com os cuidados em saúde e o olhar sobre as profissões que compõem a UTI, principalmente, sobre o Serviço Social.

Os dados analisados apontam, entre outros elementos, um nítido recorte de gênero entre as visitantes, demonstrando que o cuidado é associado ao sexo feminino, e que a profissão de Serviço Social ainda é vista como o profissional que vai resolver todos os problemas do usuário.

É essencial que os profissionais de saúde se apresentem aos usuários com vistas a garantir o direito da identificação do profissional responsável pelo atendimento e possa demonstrar a participação de uma equipe multiprofissional na recuperação e reabilitação da saúde daqueles internados. Dessa forma, observa-se que “[...] a equipe condensa uma unidade de diversidades” (IAMAMOTO, 2002, p. 41), que requer a integração das diferentes áreas de conhecimento no intuito de realizar um diálogo, a fim de que os

profissionais possam analisar as necessidades de saúde e direitos sociais dos usuários de forma a compartilharem os saberes e fazeres em uma abordagem interdisciplinar.

Percebeu-se que grande parcela dos sujeitos entrevistados identificaram todas as ações citadas pelo pesquisador como atuações do/a Assistente Social devido à ideia de que esse profissional resolve tudo e na UTI “*Ela vem vê se tem algum problema*”, tal como pode ser visto na fala de Orquídea. Os usuários dos serviços de saúde têm a visão, conforme resultado da pesquisa já citado anteriormente, de que os/as Assistentes Sociais resolvem todas as questões que são a eles/elas demandadas, não tendo clareza quais são as competências e atribuições do profissional de Serviço Social e as que são de outros profissionais.

Além disso, a educação permanente do/a Assistente Social é extremamente importante para que o profissional tenha elementos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo para se posicionar frente aos rebatimentos da reestruturação produtiva na área da saúde que tem levado a uma ênfase na produtividade dos trabalhadores, na polivalência, na fragmentação dos processos de trabalho e, no atual contexto do SUS, agravado pela adesão da UFRN a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), impondo novas requisições ao Assistente Social.

É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos da profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010, p. 67).

Diante desse processo de aprimoramento intelectual e profissional do/a Assistente Social, é necessário citar que essa profissão deve estar atenta ao universo social que internados e visitantes (familiares, amigos, sujeitos que de alguma forma possuam ligação com o processo saúde-doença de um indivíduo) fazem parte. Seus medos, anseios, preocupações, frustrações e inseguranças. São questões objetivas e subjetivas que perpassam a vida desses sujeitos no processo de internação na UTI que o Serviço Social e as outras profissões que integram e prestam assistência à Unidade devem considerar na realização da assistência.

O profissional de Serviço Social possui um olhar diferenciado da realidade e dos usuários, sujeitos de direitos dos serviços de saúde, devido a sua formação profissional diferenciada das outras profissões, já que trabalha na perspectiva macroscópica do ser social, analisando a conjuntura em que está inserido esse ser, para contribuir no processo de recuperação-reabilitação condizente com seu problema de saúde e com as dimensões da sua vida social. E em ambiente de UTI, especificamente, visa possibilitar aos internados e visitantes orientações e encaminhamentos quanto aos seus direitos sociais, previdenciários e assistenciais, com o objetivo de contribuir em relação às questões sociais que interferem em seu processo saúde-doença.

Referências

AGUIAR, A. G. *Serviço social e filosofia: das origens a Araxá*. 3. ed. São Paulo: Cortez; Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, 1985.

BANDEIRA, L. M. Divisão sexual do trabalho: práticas simbólicas e práticas sociais. In: SIQUEIRA, D. E.; POTENGY, G. F.; CAPPELLIN, P. (Org.). *Relações de trabalho, relações de poder*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1977.

BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

_____; SANTOS, S.M. M. Questão social e direitos. In: CFESS. *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: ABEPSS, 2009. p. 267-284.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em: 19 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 19 nov. 2014.

_____. *Lei Orgânica da Saúde de nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 19 nov. 2014.

_____. *Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social nº 8.662, de 7 de junho de 1993*. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>. Acesso em: 16 nov. 2014.

_____. *Resolução nº 218*, de 06 de março de 1997. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm>. Acesso em: 22 nov. 2014.

_____. *Resolução nº 383*, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2014.

_____. *Lei nº 11.129*, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis Nºs. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 22 nov. 2014.

_____. *Portaria nº 1.820*, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 25 fev. 2010. Seção 1, n. 37, p. 48. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília, 2010. (Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap. 2.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. A classe operária tem dois sexos. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, Ano 2, n. 1, p. 93-100, 1994.

IAMAMOTO, M. V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS. *Atribuições privativas do (a) Assistente Social: em questão*. Brasília, 2002. p.13-50.

_____; CARVALHO, R. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: _____. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*. São Paulo: Xamã, 1998. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/16769174/1728377378/name/artigo_perda_dimensao_cuidadora.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2014.

MIOTO, R. C. Estudos Socioeconômicos. In: CFESS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: ABEPSS, 2009.

_____; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios atuais ao Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 218- 241.

NOGUEIRA, A. C. C.; SILVA, L. B. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. *Vértices*, Campos dos Goytacazes, v. 11, n. 1/3, p. 7-17, jan. /dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (WCSDH)*. Documento técnico. 2011. Disponível em:<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/08/Primeira_versao_documento_tecnico_CMDSS.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

PAULO NETTO, J. *Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. *Capitalismo monopolista e serviço social*. São Paulo: Cortez, 1992.

RAICHELIS, R. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: CFESS. *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: ABEPSS, 2009. p. 377-392.

RICHARDSON, R. J. *et al.* *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul. /Dez. 1995. Disponível em:<<http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/SCOTTJoanGenero.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

YAZBEK, M. C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. In: CFESS. *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: ABEPSS, 2009.

Recebido em: 23/02/2015

Aprovado em: 29/05/2015