

Universidade Federal do Pampa

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DO
ASSISTENTE SOCIAL NO
HOSPITAL IVAN GOULART- SÃO BORJA/RS**

**Acadêmica: Silvani Hahn Ehrhardt
Orientadora: Profa. Me. Véra Lúcia Carvalho Villar**

SÃO BORJA/RS

2014

SILVANI HAHN EHRHARDT

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL
IVAN GOULART - SÃO BORJA/RS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Véra Lúcia Carvalho Villar

São Borja 2014

SILVANI HAHN EHRHARDT

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL
IVAN GOULART- SÃO BORJA/RS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social
da Universidade Federal do Pampa, como
requisito parcial para obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 31/03/2014.

Banca examinadora:

Profa. Me. Véra Lúcia Carvalho Villar
Orientadora
Serviço Social - Unipampa

Prof. Me. Jocenir de Oliveira Silva
Serviço Social - Unipampa

Prof. Me. Jorge Alexandre da Silva
Serviço Social - Unipampa

Dedico este Trabalho Final de Graduação
ao meu esposo, minha filha, aos meus
pais, familiares e amigos, pelo incentivo
que me deram para retornar aos estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me iluminar nessa caminhada de quatro anos de graduação, permitindo que eu prosseguisse com muita saúde, esforço e dedicação para que não houvesse renúncia no caminho.

Aos meus pais Laurencio Hahn e Lucina Maria Hahn pela base bem estruturada, a compreensão pelos momentos que não pude me fazer presente.

Ao meu esposo Paulo Carlos Ehrhardt por ter vivenciado todo o processo do trabalho de graduação, por ter dado todo o apoio nos momentos difíceis, por ter me aturado nos momentos de stress, com seu amor, carinho, amizade, incentivo e compreensão, por ser o meu fiel companheiro e meu eterno amor.

À minha filha Paula Ruanni Ehrhardt pela ausência em muitos momentos em que precisou de mim, a carência de atenção, mas mesmo assim mostrando-se compreensiva neste momento de adquirir conhecimento.

Aos familiares do meu esposo agradeço pela compreensão e muitas vezes a minha falta nesse momento doloroso de uma enfermidade familiar.

Aos meus irmãos (as), cunhados (as), sobrinhos (as) e aos amigos (as) pelo incentivo a não desistência.

Às minhas manas queridas Marlize Han Luft e Merice Hahn Tem Cathen, por estarem presentes sempre quando houve a necessidade.

Aos meus compadres Alberi e Marly Pinton, esta sempre me incentivando a volta aos estudos.

Em especial agradeço minha professora Véra Lúcia Carvalho Villar, que foi uma orientadora extraordinária, estando sempre presente, esclarecendo as minhas dúvidas, tendo muita paciência, competência, confiança, conhecimentos e principalmente a amizade.

Aos professores que contribuíram na minha formação acadêmica nestes quatros anos de graduação em especial a Profa. Me. Mariléia Goin, agradeço de coração pelo, carinho, amor, respeito e pela amizade, a Profa. Dr^a. Elisangela Maia Pessoa e Profa. Dr^a. Jaina Raqueli Pedersen onde além de docentes vinculou-se uma sincera amizade.

Aos carinhos dos professores de minha banca Prof. Me. Jorge Alexandre da Silva e Prof Me. Jocenir de Oliveira Silva.

A todos os colegas de curso que se mostraram presentes em toda a formação acadêmica, todos conquistando meu coração, tornando-nos grandes amigos.

Aos carinhos de meus colegas Vânia Vargas, Francielli Melgarecho Bassante, Carla Gabriela Dutra Lopes, Gabriela Peters, Tiago Andrade, Charles Hoepner, Vanelise Aloraldo, Sandro Benhur Gonçalves, Priscila Amaral.

Aos casais Flavio Gonçalves da Silva e Rozane Azolim da Silva, José Flavio Moura Paula e Rozeli M. dos Santos.

Aos colegas Dieimison Athaide e Maria Ohara Vargas Almeida, pela amizade sincera fazendo-se presente nessa linda caminhada, participantes ativos em todos os trabalhos realizados.

Às minhas amadas colegas Géssica Andreola Samuel e Maria Ohara Vargas Almeida por fazerem parte da minha vida com incentivo, apoio e estímulo.

À SUPERvisora de Campo Claudia Maurer, por nos possibilitar a vivência da prática do nosso curso, sempre orientando e acima de tudo tornando-se uma querida amiga.

Não poderia de deixar de agradecer novamente a Maria Ohara (minha faísca) pelo companheirismo, dificuldade, carinho, autenticidade e amizade dedicados, que sempre esteve ao meu lado nos momentos engraçados, tristes, alegres e na cumplicidade do dia-a-dia nos estágios tornando-se uma irmã nos quatro anos de vida acadêmica.

A todos que estiveram direta e indiretamente presentes em minha trajetória.

Relevar a riqueza escondida sob a aparente pobreza do cotidiano, descobrir a profundidade sob a trivialidade, atingir o extraordinário do ordinário, esse é o desafio (LEFEBVRE, 1991).

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como centralidade analisar o processo de trabalho do Assistente Social na Fundação Ivan Goulart do município de São Borja/RS, apontando as estratégias de intervenção utilizadas e propondo novas alternativas. A construção foi norteada pelo método dialético crítico destacando-se as categorias centrais historicidade, totalidade e contradição. Como metodologia utilizou-se, levantamento bibliográfico em artigos, livros, teses, dissertações, etc. e levantamento documental em leis, políticas, estatutos, entre outros, tanto na forma impressa como via internet; e documentos resultantes da experiência no campo de estágio e supervisões acadêmicas, os quais deram subsídios para o desenvolvimento do trabalho. É importante salientar que o trabalho está estruturado da seguinte forma: iniciando com um breve histórico das Políticas de Saúde no Brasil; o Serviço Social na área da Saúde; no segundo momento, Processo de Trabalho do Assistente Social, Espaço sócio ocupacional, competência e atribuições privativas; no terceiro momento A análise da experiência, A sistematização do projeto de intervenção: “Visita Recomeço” e as alternativas encontradas do Processo de Trabalho do profissional contemplando ainda com as alternativas encontradas para as profissionais do Serviço Social do HIG, propondo a ampliação da quantidade de visitas domiciliares; dar continuidade no projeto Visita Recomeço; capacitação, atualizações e proposições sobre os processos de trabalho das Assistentes Sociais com encontros dos supervisores acadêmicos, supervisores de campo e estagiários; realizar atividades dentro da instituição, sobre, as demandas na área da Humanização.

Palavras-Chave: Saúde Hospitalar. Serviço Social. Processo de Trabalho.

RESUMEN

El presente trabajo de conclusión por supuesto (TCC) tiene como su centralidad para analizar el proceso de trabajo del Trabajador Social en la Fundación de Ivan Goulart São Borja/RS, señalando las estrategias de intervención utilizada y proponer nuevas alternativas. Por lo tanto, la construcción fue guiada por el método crítico dialéctico destacando la historicidad de categorías de la central, la totalidad y la contradicción. Como metodología, bibliográfica fue utilizada en los artículos, libros, tesis, tesinas, etc. y estudio documental sobre las leyes, políticas, estatutos, entre otros, tanto en forma impresa y por internet; y los documentos resultantes de la experiencia en el campo de la supervisión académica y formación, que dio las subvenciones para el desarrollo de la obra. Es importante señalar que el trabajo está estructurado de la siguiente manera: a partir de una breve historia de las políticas de salud en Brasil; Servicios Sociales en el área de salud; en el segundo punto, el trabajador Social, competencia laboral socio espacial y encargos privados; la tercera vez el análisis del experimento, la sistematización del proyecto de intervención: "nuevo comienzo" y las alternativas encontradas trabajo profesional proceso sigue contemplando con las alternativas para los profesionales de los servicios sociales de la HIG, proponiendo ampliar la cantidad de visitas al hogar; para proporcionar continuidad en el proyecto, visite reanudación; formación, actualizaciones y propuestas sobre los procesos de trabajo de trabajadores sociales con las fechas de los supervisores académicos, los supervisores de campo y pasantes; realizar actividades acerca de la institución, en las demandas en la área de humanización.

Palabras clave: Hospital salud. Servicio social. Proceso de trabajo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
CAPs – Caixas de Pensões e Aposentadorias
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDM - Central de Diluição de Medicamentos
CF – Constituição Federal
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidente
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FAE – Fator de Apoio ao Estado
GTH - Grupo de Trabalho da Humanização
HIG – Hospital Ivan Goulart
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes de Comunidades de Saúde
PSF – Programa da Saúde da Família
PPI – Programa de Participação Integrada
RH - Recursos Humanos
SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente
SAME - Serviço de Atendimento Médico e Estatístico
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Informação Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	14
2.1 Breve Histórico da Saúde no Brasil.....	14
2.2 O Serviço Social na Saúde.....	19
3 PROCESSOS DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	23
3.1 Trabalho do Assistente Social: espaço sócio ocupacional, competências e atribuições privativas.....	23
3.2 O Hospital Ivan Goulart e os Processos de Trabalho dos Assistentes Sociais.....	29
4 ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA.....	43
4.1 Contextualizando o Estágio Supervisionado.....	43
4.2 Sistematização do projeto de Intervenção: “VISITA RECOMEÇO”.....	50
4.3 As Alternativas Encontradas Para o Processo de Trabalho do Profissional.....	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	63

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como centralidade analisar o processo de trabalho do Assistente Social na Fundação Ivan Goulart do município de São Borja/RS, apontando as estratégias de intervenção utilizadas e propondo novas alternativas. O interesse pela temática surgiu a partir dos Estágios Supervisionados I e II desenvolvidos de janeiro a outubro de 2013, nessa instituição.

A Fundação Ivan Goulart de São Borja deve a sua criação à Comissão Estadual da Legião Brasileira de Assistência (LBA), na época presidida pela senhora Neusa Goulart Brizola, Primeira Dama do Estado, cuja instituição é ainda mantenedora do Hospital Infantil, inaugurado em 28 de Agosto de 1960 pelo então Presidente da República, João Goulart, e pela senhora Neusa Goulart Brizola.

O trabalho do Serviço Social nesse contexto hospitalar atende várias demandas de intervenção, entre elas ressaltam-se: o acolhimento aos usuários/pacientes¹ de substâncias psicoativas e aos seus familiares/acompanhantes; realiza visitas domiciliares; participa de transferências de pacientes; elabora Estudo Social; entre outras demandas.

A construção do TCC foi guiada pelo método dialético crítico destacando-se as categorias centrais historicidade, totalidade e contradição. E como metodologia utilizou-se levantamento bibliográfico em artigos, livros, teses, dissertações, etc. e levantamento documental em leis, políticas, estatutos, entre outros, tanto na forma impressa como via internet; e documentos resultantes da experiência no campo de estágio e supervisões acadêmicas, os quais deram subsídios para o desenvolvimento do trabalho.

É importante salientar que o trabalho está estruturado da seguinte forma: iniciando com um breve histórico das Políticas de Saúde no Brasil; o Serviço Social na área da Saúde; no segundo momento, Processo de Trabalho do Assistente Social, Espaço sócio ocupacional, competência e atribuições privativas; no terceiro momento A análise da experiência, A sistematização do projeto de intervenção: “Visita Recomeço” e as alternativas encontradas do Processo de Trabalho do profissional e Finalmente as Considerações finais.

¹Utiliza-se este termo pelo Serviço Social em instituições hospitalares.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo trará um breve histórico da Saúde no Brasil elencado e os principais acontecimentos da política nessa área. Contemplará também, sobre o serviço Social na Saúde destacando-se o trabalho no contexto hospitalar.

2.1 Breve Histórico da Saúde no Brasil

A saúde no Brasil caracteriza-se a partir dos Séculos XVIII, XIX e início do Século XX, nos antecedentes da ação estatal e em seguida com a intervenção do Estado na saúde no período de 1930 a 1964. O enfoque era na Medicina Social, surgida na Europa mais especificamente nos países da Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos das classes trabalhadoras foi mediada através da interferência estatal, com o papel de manter a ordem social e capitalista de mediar às relações entre as classes sociais. Já no século XX, a interferência foi aprofundada com elaborações de Políticas Públicas e propostas diversas para diferentes setores (BRAVO, 2006).

Na década de 1920, a Saúde Pública adquire um novo relevo do discurso do poder, com tentativas de extensão de seus serviços por todo o País. A Reforma Carlos Chaves de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, estratégias usadas pela União de ampliar o poder nacional da crise política dos tenentes a partir do ano de 1922. Ainda nessa década são colocadas as questões de higiene e a saúde do trabalhador, a partir de um desenho de esquema da Previdência Brasileira, com maior importância na criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), essas financiadas pela União, por grandes empresas e por trabalhadores. Os benefícios eram proporcionais conforme a contribuição, sendo que tinham acesso a assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadorias por tempo de serviço, velhice, invalidez e pensão para os dependentes a até mesmo o auxílio funeral (BRAVO, 2006,).

A intervenção estatal no Brasil, somente ocorre no Século XX, ou seja, na década de 30, sendo que no século XVIII a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. Já no século XX a partir de algumas transformações políticas e econômicas surgem algumas iniciativas no campo da saúde pública com

exercício profissional vigiado e a realização de campanhas limitadas (BRAVO, 2006).

A Constituição de 1934 incorporou algumas garantias ao operário, tais como a assistência médica, a licença renumerada à gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas... Graças à política de saúde adotada por Vargas, o atendimento aos operários enfermos e seus dependentes expandiu-se (SILVA, 1992, p.. 25).

Pela primeira vez nota-se a importância desta Constituição para assegurar o direito à saúde em um contexto Constitucional.

A Política Nacional de Saúde foi consolidada no período de 1945 a 1950, já o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a Segunda Guerra Mundial através de convênio com órgãos do governo americano com o patrocínio da Fundação Rockefeller e com o Plano Salte em 1948, que envolvia as áreas de saúde, alimentação, transporte e energia, dando principal finalidade à saúde (BRAVO, 2006).

A autora destaca que nos anos de 1950, 1956 e 1963 o gasto com a Saúde Pública foi mais favorável, trazendo melhoria nas condições sanitárias, mas sem conseguir eliminar as doenças infecciosas e parasitárias, havendo elevadas taxas de mortalidade. A partir dos anos 50 a estrutura dos atendimentos hospitalares era de natureza privada com fins lucrativos apontando a formação das empresas médicas, ligadas aos interesses capitalistas do setor, entre as quais, a mais organizada pressionava o financiamento através do Estado. A produção privada defendia claramente a privatização.

Na Ditadura Militar vê-se em um molde de país novo com a afirmação de uma dependência no desenvolvimento econômico social e político, onde os problemas estruturais não foram resolvidos, mas sim aprofundados, tornando-se mais complexos, com uma dimensão ampla e dramática. Já na década de 70 a Política Nacional de Saúde enfrentou tensões na ampliação de serviços, contando com a disponibilidade de recursos financeiros, há uma conexão burocrática com os setores empresariais médicos na emergência do movimento sanitário. As realizações das reformas na estrutura organizacional não conseguem reverter à ênfase da Política de Saúde, caracterizadas pela predominância da participação da Previdência Social, com ações curativas conduzidas pelo setor privado. O Ministério da Saúde retomou

providências na Saúde Pública de forma limitada e assim aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2006).

A saúde na década de 80² contou com a participação de novos sujeitos, onde discutiram as condições de vida da população brasileira, com propostas apresentadas para o setor pelos governamentais. Os personagens que entram nesta conjuntura, com destaque para os profissionais da saúde, representadas por entidades corporativistas onde defendiam a melhoria da saúde e fortalecimento do setor público como o movimento sanitário, usado como veículo difusor o Centro Brasileiro de Estudo da Saúde. As principais propostas debatidas por esses sujeitos foram a universalização de acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, reestrutura de estratégias do Sistema Unificado de Saúde com novo olhar para a saúde individual e coletiva, com a descentralização de decisão para as esferas municipais e estaduais, através de novos mecanismos de gestão, os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006).

O fato foi fundamental e marcante para as discussões sobre o sistema único como também a Reforma Sanitária na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada na cidade de Brasília no ano de 1986. Essa conferência apresentou-se como o acontecimento mais importante na direção e politização dada à saúde. Foi uma das primeiras metas a serem implantadas com o objetivo de aprofundar o nível de consciência sanitária e alcance na visibilidade necessária para inclusão de suas demandas, agendadas no setor governamental para garantir apoio político na implementação de mudanças necessárias. Portanto, essa conferência foi considerada um marco pelo fato de que a sociedade civil teve acesso às discussões em torno da saúde, já os debates foram em torno da Medicina Preventiva e Saúde Pública. Ainda, nessa mesma conferência surge o conceito de saúde e a necessidade de reestruturação do setor, com a criação do Sistema Único de Saúde que efetivamente representasse a construção de uma estrutura institucional separando a Saúde, da Previdência, com estatização progressista através de uma ampla Reforma Sanitária (BRAVO, 2007).

Destaca-se que a saúde de uma maneira mais ampla “foi considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio

² No Brasil, a sociedade brasileira “ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1986 experimentou uma profunda e prolongada crise econômica [...]” (MENEZES, 2012, p. 256).

ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terras e acesso aos serviços de saúde” (BRAVO, 2007, p.88-89).

A partir de 1988 o INAMPS deixa de atuar como órgão responsável pela execução direta ou indireta da saúde, repassando essas atribuições e responsabilização para os governos estaduais e municipais.

Um dos maiores avanços na Constituição Federal de 1988 foi à Seguridade Social ao referir-se à Proteção Social, atendendo antigas reivindicações das classes trabalhadoras. A Ordem Social está constituída pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social, representada na afirmação e extensão de direitos sociais do nosso país, com transformações sociais políticas, significando como concepção de seguridade social a universalização dos direitos sociais. Sendo que no Sistema Único de Saúde (SUS) tem como garantia o direito à saúde de todos e dever do Estado, consolidando através da Reforma Sanitária. Os direitos sociais bem como a afirmação da Política de Assistência Social, sendo de suma importância os avanços que ocorreram neste contexto com os movimentos sanitários, demandando a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS)³ regulamentada em 1990, no auxílio do tratamento dos usuários do sistema (CFESS, 2009).

Com a eleição de Luis Inácio da Silva em 2002, considerado o Novo Século existia a expectativa de construção de um Brasil novo, trazendo a redução de desigualdades sociais por meio de uma política econômica e com redistribuição de renda e geração de empregos. Já se passaram vinte anos de existência do SUS, e não aconteceram as mudanças pretendidas à saúde. Assim está longe de ser o SUS constitucional tendo uma enorme distância entre a proposta do Movimento Sanitário e a prática do Sistema Público de Saúde vigente. Ou seja, o SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não tem acesso aos sistemas de saúde privado. A Constituição de 1988 trouxe como teoria de um Sistema Público universal, onde não se efetivou, houve alguns avanços como o acesso da população que antes não tinha direito (CFESS, 2009).

Enquanto as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOBS) são orientações específicas e ou pactuadas para organizar os modelos de Gestão que serão administradas, são orientações e não sendo obrigadas a cumprir,

³ Lei Orgânica da Saúde 8080/90. Essa lei “controla todas as ações e os serviços no Brasil, criou o Sistema Único de Saúde, em conformidade com o art. 200 da CF/88. Estabelece que a saúde é um direito fundamental do cidadão, devendo o estado dar condições para seu cumprimento [...]” (SOBRINHO,2003, p. 103).

nada mais é que normas, elas representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, no qual essas orientações tratam das divisões de responsabilidades de como os gestores irão usar como critério a transferência dos recursos Federais para os Estados e Municípios. Os principais objetivos são alocar recursos a integração das três esferas, Federal, Estadual e Municipal promovendo a transferência para os Estados e municípios das responsabilidades do SUS, sendo nesse momento os estados e Municípios tomam a eles as responsabilidades. Existem outras NOB, mas as principais foram a de 1991, 1993 e 1996 (BRASIL, 2003).

A NOB de 1991 teve como principal marco: A alteração do critério de transferência automática para a transferência negociada, vindo a criação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), forma de como serão renumerados os prestadores de serviços no país, uniformizando a forma de renumeração para as Entidades Públicas e Privadas, antes da AIH era difícil o controlar de como eram renumerados, agora tem como critério uma autorização para a internação hospitalar, forma de controle de renumeração e a Criação dos sistemas de informação para o acompanhamento e controle de transferências de dinheiro do SIH/SUS e sistemas de informação hospitalares (BRASIL, 2003).

Já na NOB de 1993, vem à criação das comissões intergestoras Tripartite que são os gestores Federal, Estadual e municipal e Bipartite onde os gestores são Estaduais e Municipais. A criação de mecanismos de transferência fundo a fundo nos municípios e início de gestão semiplena do município. Também a criação do Fator de Apoio ao Estado (FAE) que é o repasse do Governo Federal para os Estados. Criação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) esse controlando o cadastro e orçamento, tendo um sistema de informação que as solicitações de materiais (BRASIL, 2003).

A NOB de 1996 foi a que mais contribuiu para a descentralização. Dividindo as responsabilidades entre as esferas e integralizando e organizando o sistema. Criação do Piso de Atenção Básica (PAB) o qual estabelece um valor per capita para o financiamento das ações. Programa de participação Integrada (PPI), Também Programa de Agentes de Comunidade de Saúde (PACS) e Programa da Saúde da Família (PSF). A Habilitação dos municípios a um tipo de gestão, fortalecendo a responsabilidade dos municípios através de transferência fundo a fundo. Por ultimo o Piso de Atenção Básica (PAB), que consiste em um montante de recursos

financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica e de responsabilidade dos municípios; sendo definido pela multiplicação um valor per capita nacional e pela população de cada município, sendo que esses dados são fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e transitoriamente ao fundo estadual, isso conforme as condições estipuladas na NOB 96 (BRASIL, 2003).

Perpassando o breve histórico da política da saúde, será evidenciado a seguir o Serviço Social sinalizando a compreensão e efetivação dos serviços, destacando a conjuntura do Serviço Social na Saúde.

2.2 O Serviço Social na Saúde

Aponta Martinelli (2011p, 498) que “o Serviço Social é uma profissão cuja identidade é marcante historicamente”. Ainda “que seu fundamento é a própria realidade social e sua matéria-prima de trabalho são as múltiplas expressões da questão social, o que lhe confere uma forma peculiar de inserção na divisão social e técnica do trabalho”. Contempla ainda que “como profissão de natureza eminentemente interventiva, que atua nas dinâmicas que constituem a vida social, participa do processo global de trabalho e tem, portanto, uma dimensão sócio-histórica e política que lhe é constitutiva e constituinte.

Ao observar a trajetória do Serviço Social na área da saúde, principalmente a partir da década de 1990, verifica-se que há alguns desafios a enfrentar na atualidade. Essa década é marcada pela hegemonia da intenção de ruptura (renovação do Serviço Social no Brasil, a partir dos anos de 1980), afirmando que o marxismo não apresenta resposta para o conjunto de desafios postos a profissão. Na saúde esse embate se expressa claramente, onde a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa por uma reatualização do discurso da divergência (cisão) entre o estudo teórico e a intervenção, na descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e na necessidade da construção de um saber específico da área, onde caminha para a negação da forma original em Serviço Social, deslançando estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica (CFESS,2009).

As atribuições e competências das (os) profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação Profissional, ambos de 1993, e que apresentam ferramentas fundamentais para o desenvolvimento do trabalho do Assistente Social na área da saúde em todas as dimensões na prestação de serviços diretos a população, bem como no planejamento e assessorias, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas (os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras [...], (CFESS, 2009).

Conforme o Parâmetro para atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009) traz significativas reflexões sobre a identidade da profissão dos Assistentes Sociais e certa preocupação em relação aos profissionais que buscam estudos na área da saúde, e exercer atividades no processo de trabalho que não os identificam como profissionais do Serviço Social distanciando-se de suas atribuições e competências. Outro fator preocupante é em relação aos profissionais não caírem no "possibilismo" flexibilizando os princípios do Projeto Ético Político.

Baptista (1998) afirma que no contexto de riscos sendo um deles a banalização da vida humana provocado pela rotina, pelo cotidiano de situações de segregação de injustiças, ou seja, o risco da perda da capacidade da paixão, da indignação, motor necessário para uma ação comprometida que pode levar o profissional a viver sua prática mecanicamente, procurando resultados sem paixão.

Através de pesquisa realizada em hospitais universitários com profissionais do Serviço Social Witiuk (2003, p. 2) menciona que esses profissionais trabalham como assalariados, vendendo sua força de trabalho, estando subordinados às decisões da estrutura hierárquica, no qual não participam do processo decisório e a grande maioria dos profissionais possui funções de execução de tarefas e não de decisão. Também pelo fato de não ter poder de decisão num aspecto mais amplo, faz uso de pequenos recursos, como informação de pacientes que se encontram em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), emergenciando os atendimentos, viabiliza transporte, etc., para reforçar seu próprio poder pessoal diante dos usuários.

A autora discorre que o profissional do Serviço Social, tem formação crítica os quais são fundamentados através de outras áreas do conhecimento, permitindo a possibilidade de visão de homem e mundo numa probabilidade da totalidade. Onde a instituição é um espaço contraditório e adverso na disputa de poder, no qual o

profissional necessita estabelecer mediações que valide o exercício profissional parametrado nas competências e atribuições estabilizados no Projeto Ético-Político. Sendo que os profissionais entrevistados revelaram as dificuldades encontradas no desenvolver de suas atribuições e desconhecimentos de outros profissionais do papel do Assistente Social na Instituição hospitalar e os mesmos contemplando que o profissional é “pau para toda obra” tendo que atuar como secretária, etc. Também os demais profissionais da área da saúde fazem encaminhamentos para o assistente Social de tarefas que não conseguem resolver ou mesmo sem tempo para realizá-los. Nesse sentido o Assistente Social trabalha com questões na qual não são reconhecidas pela sociedade, não dando a devida importância por não ter caráter de relevância sócio-econômica (WITIUK 2003).

Algumas vezes o profissional na expectativa de conquistar o reconhecimento procura soluções nas situações imediatas, tendo como negação pela equipe de saúde as atividades do Serviço Social onde possui como cunho informação, prevenção e valorização de sua eficiência. As instituições hospitalares tendem a dar alta hospitalar ao usuário/ paciente o mais rápido que puder para não ter gastos nos casos dos usuários do SUS, isso ocorrendo pela hierarquização da instituição, mas o profissional do Serviço Social tem o dever de intermediar perante a instituição e a equipe médica, de que se o usuário/paciente não tem condições para alta e sem a alta social isso não deva ocorrer, para melhor recuperação do mesmo e que tenha condições adequadas para prosseguimento do tratamento (WITIUK, 2003).

Ressalta-se que o art. 8º do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais /93, menciona sendo dever do Assistente Social, “contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária”;

Já Mello (2012) afirma que o profissional trabalha para além dos sofrimentos enfrentados do usuário que o procura para acessar direitos e exercer seu papel como cidadão.

O assistente social, na área da saúde, atua para além do sofrimento físico e psíquico, enfrentando as diferentes expressões da questão social, que determinam os níveis de saúde da população, por meio de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, promovendo a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Neste sentido, sendo o assistente social um profissional da saúde, deve estar inserido em contextos que determinem o agir profissional e que

demandem uma qualificação constante para atuação coerente com as necessidades concretas da realidade social (MELLO, 2012, p.20).

A autora também contempla que para “a fim de analisar o processo de trabalho de equipe de saúde de unidades hospitalares, apresentam-se algumas considerações a respeito da organização desse trabalho, seus espaços, agentes e práticas”. Afirma que “o hospital consiste em um dos instrumentos que contêm condições materiais para a realização do trabalho em saúde, pois nele estão expressas as funções sociais dessa prática e a posição que seus agentes ocupam na estrutura social”.

Maurer (2010) observa que o Assistente Social inserido em âmbito hospitalar, “deve ter um papel ativo junto à população que necessita de atendimento na área da saúde-doença, também proteção e promoção dos direitos no processo de reabilitação da cura”. Aborda ainda que “no hospital o Serviço Social assume como processo de intervenção e tem como função de acolher as pessoas e também reunir informações para dar resposta às necessidades do doente e da família”. Destaca sobre a importância do papel do Assistente Social em um complexo hospitalar só se dá pela grande existência de demandas da instituição, as quais derivam das mais diversas expressões da questão social, condicionado “histórica e socialmente pelos impasses e dificuldades que o SUS apresenta nas quais dificultam ou impedem o acesso dos usuários a este serviço”, sendo “que o profissional tem de planejar e executar atividades que garantam o processo de melhoria na qualidade de vida desses usuários que interferem no binômio saúde/doença”.

No próximo capítulo será contextualizado o trabalho do Assistente Social, nos espaços sócio-ocupacionais, bem como será apresentado o lócus do estudo e o Serviço Social nesse âmbito.

3 PROCESSOS DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

Neste capítulo será abordado o trabalho do Assistente Social mencionando a sua inserção em espaços sócio ocupacionais, ressaltando as competências e as atribuições da ação profissional. Apresenta-se, também, o Hospital Ivan Goulart e os processos de trabalhos realizados pelo Serviço Social nesta instituição.

3.1 Trabalho do Assistente Social: espaço sócio ocupacional, competências e atribuições privativas

Para Marx (1968) conceito de processo de trabalho é o processo no qual os seres humanos agem sobre forças da natureza, submetem-se ao seu controle e converte os recursos naturais em formas úteis a sua vida, ou seja, o trabalho é uma atividade do gasto da atividade física e mental transformando em energia direta ou indiretamente voltada a produção de bens e serviços, sendo assim contribuindo na reprodução do indivíduo na vida humana individual e social, resultando no valor da mercadoria, como resultado vem a valorizar o processo de trabalho, a reprodução social e a alienação⁴.

Historicamente o Serviço Social foi considerado vocação, habilidade, ocupação, ofício ou até mesmo arte. Atualmente é reconhecido como profissão, uma especialização do trabalho coletivo, inscrita na divisão social e técnica do trabalho, de nível superior, regulamentada no Brasil pela Lei n. 8.662/9, de 7 de junho de 1993 (FRAGA, 2010, p.42-43).

Conforme Iamamoto (2005, p. 83-84), contempla que na década de 1980 o Serviço Social é considerado como uma especialização do trabalho coletivo, dentro da divisão social e técnica do trabalho, contribuindo no processo de produção e reprodução das relações sociais, vindo como um dos veios analíticos com dois elementos que representavam uma ruptura com a concepção nos debates da proposta curricular no qual o primeiro foi considerar a questão social como base de fundamentação sócio histórica do Serviço Social e o segundo a apreensão da prática profissional como trabalho e exercício profissional inscrito em um processo de trabalho, com a revisão curricular e compreensão do Serviço Social teríamos que

⁴ Alienação é o processo do Capital x trabalho, o capital compra a força de trabalho do operário e esse mesmo vende a sua força de trabalho pelo valor que o capitalista quer comprar, existindo vários outros conceitos para alienação.

decifrar que a profissão exigia um duplo ângulo na apreensão. Que o Serviço Social é abordado como uma profissão socialmente determinada na história brasileira sendo um marco das forças societárias, mas levando a pensá-la como fruto dos sujeitos que a constroem e a vivenciam. Sendo sujeitos que adicionam saberes e executam sistematizações da sua prática, contribuindo na criação de uma cultura profissional.

A mesma autora discorre ao falar na profissão supõe analisar os moldes de atuar e pensar incorporados por seus agentes assim atribuindo visibilidade na leitura da sociedade e na construção de respostas à questão social através da fundamentação teórica do Serviço Social. O Assistente Social é o profissional que trabalha com políticas sociais, não restando dúvidas como determinação fundamental na constituição da profissão, entretanto as políticas sociais públicas nada mais são que respostas da questão social, acionadas pelos segmentos da sociedade civil a programas de atenção ao enfrentamento da pobreza, como também corporações empresariais, organizações não governamentais, bem como outras organizações das próprias classes subalternas para o enfrentamento crescente de exclusões sociais.

O profissional do Serviço Social é proprietário de sua força de trabalho especializada, no qual é fruto de uma formação universitária que o habilita a exercer um trabalho complexo, aliado aos meios necessários à sua realização na maior parte encontra-se monopolizados pelos empregadores, usando de recursos financeiros e humanos necessários para a realização desse trabalho com concretude em programas e projetos e atendimentos diretos previstos pelas políticas públicas institucionais. Esse profissional ingressa nas instituições empregadoras como parte num coletivo de profissionais trabalhadores que implementam as ações institucionais, resultando em um trabalho cooperativo assumindo perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais. Há a relação que o profissional estabelece com o objeto de seu trabalho, influenciando as múltiplas expressões da questão social expressas na vida dos sujeitos com os quais trabalha, sendo que nesses espaços dependem do precedente do repasse das políticas públicas definidas pelos organismos empregadores, no qual estabelecem demandas e prioridades a serem atendidas. (IAMAMOTO, 2008, p. 421).

A autora aborda também que nesses contextos sócio-ocupacionais o Assistente Social submete-se a burocracia⁵ e hierarquia, tendo a reiteração de procedimentos profissionais rotineiros e burocráticos na relação com os sujeitos podendo resultar em uma invasão de um estranho em seu ambiente privado aliadas com atitudes de violência nos aparatos burocráticos do Estado.

Sendo assim, desvendar o objeto de trabalho pelo qual o assistente social atua é essencial para o desenvolvimento de um processo de trabalho consistente. Portanto, conhecer como a questão social se manifesta no cotidiano dos sujeitos sociais e suas formas de organização e resistência é imprescindível para que se tenham subsídios para construir coletivamente alternativas para o seu enfrentamento (FRAGA, 2010. p.44).

Havendo então a necessidade de criação de mecanismos passíveis para desburocratizar as relações com os sujeitos que reivindicam direitos e serviços, no sentido de melhorar a qualidade do atendimento e acolhimento dos usuários daquele sistema. Também autora observa que os Assistentes Sociais dispõem de um grande numero de denúncias sobre violação dos direitos humanos e sociais, quando não firam as prescrições éticas do sigilo profissional. Conforme consta no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, no CAPÍTULO V do Sigilo Profissional Art. 15 “Constitui direito do Assistente Social manter o sigilo profissional” e Art. 16 “O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o Assistente Social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional”. Constando também em Parágrafo Único que em caso de trabalho multidisciplinar só poderá ser repassadas informações no que é estritamente necessário. Já no Art. 17. “Consta que é vetado ao Assistente Social revelar sigilo profissional”. Porém no Art. 18 traz que só é “admissível a quebra do sigilo profissional, quando tratar-se de situações que haja gravidade que possa envolver ou não fato delituoso, trazer prejuízos aos interesses dos usuários, de terceiros e da coletividade” (CFESS, 2009, p. 34).

Para Fraga (2010) O profissional do Serviço Social necessita ter grande conhecimento ético - político, teórico - metodológico e técnico operativo para desenvolver em sua área de atuação, além dos considerados específicos e decorrentes do Serviço Social, havendo a necessidade de apropriações sobre

⁵ Para Yamamoto (2008), “o princípio efetivo de burocracia é o culto a autoridade, que constitui a mentalidade burocrática por excelência, em contradição com o sistema de saber”, sendo que a “representação idealizada das esferas no reclamo à sórdida obediência passiva aos mecanismos da atividade fixada em formas e rotinas”.

legislações, especificamente as que refletem sobre legislações sociais voltadas para crianças e adolescentes (ECA), idosos (Estatuto do Idoso), Sistema Único de Saúde (SUS), Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS, SUAS/RH), Política Nacional de Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais (PPD). Lei de Diretrizes e Bases (LDB), Políticas Sociais, necessários conhecimentos e habilidades para trabalhar com equipes interfaces no poder público local, articulação de redes, também com instâncias locais diversas, requerendo além da formação generalizada, apropriações aprofundadas dependendo da inserção sócio-ocupacional.

O Serviço Social está inserido na organização da sociedade capitalista, portanto não pode fugir a essa realidade. Faz parte da "engrenagem". Participa tanto dos mecanismos de domínio e exploração como da resposta às necessidades da classe trabalhadora, reproduzindo os antagonismos de interesses. Lembrando que o profissional é um ser individual que faz parte da coletividade (IAMAMOTO; CARVALHO, 2000, p. 71 a 92).

Em relação aos espaços sócio-ocupacionais, o profissional do Serviço Social pode atuar nas redes públicas (Judiciário, Ministério Público, Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), Sistemas Carcerários, Hospitais, Prefeituras, Escolas, Abrigos e Albergues, já nas entidades privadas empresas de serviços e comércio, indústrias e também no chamado terceiro setor atuando em associações, organizações não governamentais (ONGs), como também em ensino, pesquisa, como autônomo, além de acessória e consultoria em projetos de gestão e planejamento social (FRAGA, 2010).

A mesma autora contempla que perante esse vasto leque de possibilidades de atuação profissional, a Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social/93 constitui as balizas da ação para esses profissionais, de modo a explicar “as atribuições que lhes são privativas, bem como competências adquiridas ao longo de sua constituição, deslindando o papel do assistente social para a própria categoria profissional e para seus empregadores”.

No Art. 4º constituem como competências do Assistente Social do inciso I ao X, da Lei de Regulamentação da Profissão - Lei n. 8.662/93, de 7 de junho de 1993, cabe ao Assistente Social as atividades previstas em: (CFESS, 1993).

I - Elaborar, implementar, executar e avaliar Políticas Sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - Encaminhar providencias, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - 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;

V - Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VI - Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VII - Prestar acessória e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

VIII - Prestar acessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

IX - Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

X - Realizar estudos sócio-economicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração publica direta e indireta, empresas privadas e outras entidades;

Já no art. 5º da mesma lei constituem como atribuições privativas do Assistente Social do inciso I ao XIII.

- I - Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área do Serviço Social;
- II - Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço social;
- III - Assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre as matérias de Serviço Social;
- V - Assumir, no magistério de Serviço social tanto de nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- VI – Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- VII – Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- VIII - Dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudos e de pesquisa em Serviço Social;
- IX – Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- X – Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- XI – Fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- XII – Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- XIII – Ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

A partir das atribuições do Serviço Social pode-se dar visibilidade ao processo de trabalho em que a profissão está inserida. Diante deste cenário no próximo subitem será apresentado o processo de trabalho do Assistente Social no Hospital Ivan Goulart.

3.2 O Hospital Ivan Goulart e os Processos de Trabalho dos Assistentes Sociais

A Fundação Ivan Goulart⁶ – Hospital Ivan Goulart é sediado em São Borja no estado do Rio grande do Sul, município, localizado na Fronteira Oeste deste Estado, fazendo divisa com a Argentina. O município foi fundado em 1682 pelo Padre Jesuíta Espanhol Francisco Garcia de Prada. É conhecido como a primeira Redução dos Sete Povos das Missões. A Fundação Ivan Goulart foi instituída em 28 de agosto de 1960 pela Comissão Estadual da Legião Brasileira de Assistência em São Borja, como uma instituição beneficente, sem fins lucrativos de direito privado e interesse público, encontra-se situada na Avenida Presidente Vargas nº. 1440 (FLASHSB, 1985).

A instituição tem como missão: “Promover a saúde, com eficiência e primor, através de profissionais qualificados, recursos tecnológicos modernos e equilíbrio econômico-financeiro, no âmbito local e regional; atendendo as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos clientes”.

Tem como visão: “Ser reconhecida como Centro de Referência da Saúde na Região” e como Valores:

- "Atender o cliente com Cortesia, Presteza e Eficiência";
- "Aliar a Competência Técnica, à Segurança no atendimento ao cliente";
- "Agir com Profissionalismo, mantendo uma Postura adequada primando pela Ética";

⁶ Todas as informações sobre a Instituição Fundação Ivan Goulart foram retiradas do Estatuto da Fundação e do Site Flashsb.

- "Investir na Educação Continuada dos colaboradores, buscando o constante Desenvolvimento Pessoal e Profissional";
- "Humanização, sendo a fonte inspiradora de todos os nossos cuidados e cuidadores".

O Hospital Ivan Goulart possui 131 leitos, distribuídos em sete unidades de internação; Unidade I: quartos privativos, apartamentos e suítes; Unidade II: quartos semi-privativo, privativos e apartamentos; Unidade III: quartos coletivos femininos e isolamento; Unidade IV, quartos coletivos masculinos e semi-privativo; Maternidade: Neonatologia e Pediatria. Assim como, CTI, Centro Cirúrgico e Pronto - Socorro. O quadro de funcionários da Instituição é composto por 284 colaboradores, distribuída entre os seguintes setores: Recepção e Internação, Central Telefônica, Tesouraria, Serviço Social, Psicologia e SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente), Assessoria de Imprensa, Informática, Chefia de Enfermagem, Radiologia, SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatístico), Ambulatório, Farmácia, CDM (Central de Diluição de Medicamentos), Necrotério, Nutrição, Copa/Cozinha, Setor Financeiro, Setor de Pessoal, Controladoria, Secretaria Administrativa, Administração, Higienização, Lavanderia e RH (Recursos Humanos), CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidente), CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e GTH (Grupo de Trabalho da Humanização). (FLASHSB, 1985).

Os objetivos e finalidades da instituição é Promover a Saúde com eficiência e primor, através de profissionais qualificados, e recursos tecnológicos modernos, no âmbito local e regional, atendendo as necessidades físicas, emocionais e espirituais de nossos clientes. A Instituição visa ser reconhecida como centro de referência em baixa e média complexidade em saúde na região.

Conforme o Parâmetro para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde CFESS (2009, p.8) "A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo integrante da Seguridade Social e do Projeto de reforma Sanitária, regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS)". Dentro da instituição todos tem direito ao mesmo atendimento independentemente se forem particulares, convênios, onde em sua maioria dos atendimentos é o SUS.

A fundamentação central do Serviço Social se dá a partir das três categorias historicidade, totalidade e contradição. Sendo que é a historicidade que permite ao profissional ir além do aparente, podendo resgatar seu histórico e assim identificar a essência, evidenciando a real necessidade do sujeito, decifrando, portanto a problemática da Questão Social que se encontra. Segundo Kosik (2002, p. 50) “o pensamento dialético parte do pressuposto de que o conhecimento humano se processa num movimento em espiral, do qual cada início é abstrato e relativo”. Ainda o mesmo autor aborda que “é um processo de concretização que procede do todo para as partes e das partes para o todo, dos fenômenos para a essência e da essência para os fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade”, e neste processo de correlações em espiral que todos os conceitos entram nesse movimento recíproco e se esclarecem mutuamente atingindo a concreticidade.

Na categoria totalidade o profissional pode apropriar-se através da totalidade dos fatos e de como inserir esse mesmo sujeito novamente na sociedade e acesso aos direitos pela legislação que o ampara perante a Constituição Federal. Para Kosik (2002, p. 49) a totalidade é o “princípio metodológico da investigação dialética da realidade social é o ponto de vista da totalidade concreta [...] significa que cada fenômeno pode ser compreendido como momento do todo”. Explícita também que um fato histórico é um fenômeno social no qual é examinado como momento de um determinado todo, desempenhando uma dupla função.

E por último a categoria contradição, aborda que o sujeito está amparado perante a legislação, mas ao mesmo tempo em que o ampara o Estado nega o acesso pela burocratização das instituições dificultando o acesso ao mesmo, ou seja, o Estado ampara a ao mesmo tempo nega. O mesmo autor comenta que “o mundo da pseudoconcreticidade é um claro-escuro de verdade e engano” que “o seu elemento próprio é o duplo sentido. O fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde. O fenômeno indica algo que não é ele mesmo e vive apenas ao seu contrário” Deste modo “a essência não se dá imediatamente; é mediada ao fenômeno e, portanto, se manifesta em algo diferente daquilo que é” (KOSIK, 2002, p. 15).

O profissional do Serviço Social conta também com a categoria mediação segundo Pontes (2009, p. 157e165) “a categoria de mediação é, sem dúvida, um símbolo teórico-metodológico que bem representa a viragem ocorrida na profissão

na década de 80". Contempla ainda que "a mediação como categoria intelectual permite, mediante um impulso do real, à razão de construir categorias para auxiliar a compreensão e ação profissionais". Desse modo o Assistente Social atua nas mediações entre os conflitos instituições e usuários, usuários e legislações constitucionais, empregador e empregado, entre outros direcionamentos para a construção desse processo. Ao falar sobre o processo de trabalho do Assistente Social, a seguir serão abordadas as estratégias e alternativas do profissional dentro da Fundação Ivan Goulart.

Ao abordar as estratégias de intervenção no Processo de Trabalho do Profissional de Serviço Social no Hospital Ivan Goulart, no qual ocorrem as mais variadas demandas e expressões da Questão Social⁷ é fundamental que ocorra a aproximação e o reconhecimento da instituição, apropriando-se de sua história e de suas características, do perfil da população usuária, bem como dos profissionais que atuam nesse espaço. Iamamoto (2011, p.61-62) considera que "qualquer processo de trabalho implica uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação do sujeito, ou seja, o próprio trabalho que requer meios e instrumentos para que possa ser efetivado" contemplando ainda que esse processo "que potencializam a ação do sujeito sobre o objeto; e a própria atividade, ou seja, o trabalho direcionado a um fim, que resulta em um produto", estes elementos estão presentes em qualquer análise do processo de trabalho, indagando" qual é o objeto de trabalho do serviço social? Como repensar a questão dos meios de trabalho do Assistente Social? Como pensar a própria atividade e/ou o trabalho do sujeito? E qual é o produto do trabalho do Assistente Social?"

Ponderando a mesma autora, todo o processo de trabalho tem um objeto neste caso à questão social podendo estar na desigualdade ou na forma de resistência e instrumentos são os meios de como faremos nossa intervenção e para termos esses meios precisamos de estratégias de realidade e esses elementos

⁷ Para IAMAMOTO "A questão social pode ser resumida, como o conjunto das expressões das desigualdades e diferenças sociais resultantes da contradição entre capital e trabalho, ou seja, é constituída pelo movimento de apropriação, dominação e exploração, mas trás como contraponto a rebeldia, a resistência e a reivindicação da vida social". (IAMAMOTO, 1992, s/p). A Questão Social emerge com maior demanda a partir da Revolução Industrial entre o conflito Capital X Trabalho, ou seja, sobre as desigualdades sociais, hoje não diferente dessa época, reflete diretamente nas desigualdades sociais, culturais, políticas e econômicas, como consequência surgem as expressões da Questão Social como o desemprego, esse fator atinge diretamente a violência, criminalização e o uso de substâncias psicoativas.

sendo indissociáveis. Sendo que Processo de trabalho do Assistente Social é em uma instituição e Processos de Trabalho em todos os espaços sócios ocupacionais.

Os assistentes sociais conquistaram o direito de exercerem suas atividades nos hospitais, logo devem deixar bem claras suas intenções e ações, pois do contrário à instituição decidirá por eles. Cabe ao profissional garantir o cumprimento de direitos dos usuários anteriormente negligenciados dentro do Sistema de Saúde Pública (OLIVAR; VIDAL, 2006).

A missão do Serviço Social neste espaço sócio-ocupacional é de “Alcançar o bem-estar do ser humano, buscar que os usuários vão ao encontro dos seus direitos como cidadãos, dando especial atenção às carências e fortalecimento daqueles que são vulneráveis”. Como finalidade do Serviço Social na Instituição de “Promover a justiça e a mudança social no âmbito Institucional, buscando diminuir as disparidades sociais”. Também “Elaborar, coordenar, executar e avaliar programas e projetos a serem desenvolvidos na Instituição envolvendo a participação da sociedade civil”. Conforme consta na Lei de Regulamentação da profissão do Serviço Social de 1993, (CRESS, 2009).

A instituição teve sua criação como entidade privada com caráter público com a finalidade de ser um centro de referência de atendimento à criança, mas devido à baixa demanda apresentada, principalmente pela grande distância dos municípios da região tornou-se um hospital geral. O Hospital Infantil Ivan Goulart é um centro de atendimento Hospitalar e Ambulatorial de baixa e média complexidade abrangendo o município de São Borja e seu entorno. Tendo como missão: “Promover a saúde com eficiência e primor através de profissionais qualificados e recursos tecnológicos modernos, no âmbito local e regional atendendo as necessidades físicas, emocionais e espirituais de nossos clientes”.

O Serviço Social foi implantado na instituição em novembro de 2004, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos usuários /pacientes da instituição e seus familiares. Atualmente o hospital conta com duas Assistentes Sociais, uma que está atuando na instituição há aproximadamente quatro anos, e outras mais recentes, ambas atuam nos moldes e especificação da instituição para assegurar um acolhimento de qualidade e atenção aos pacientes, familiares e acompanhantes do hospital cumprindo ainda funções específicas como:

- Realizar visitas domiciliares aos pacientes após a alta;

- Implementar projetos de socialização;
- Observar o ambiente hospitalar desenvolvendo atividades de apoio a pacientes, familiares e colaboradores;
- Solucionar problemas de pacientes e familiares, sanando dúvidas e fornecendo orientações;
- Entrevistar pacientes e familiares em busca de alternativas de soluções para as dificuldades decorrentes dos tratamentos e atendimentos médico-hospitalares;
- Manter contato com a Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde e Asilo para facilitar o encaminhamento dos pacientes com problemas sociais;
- Colocar-se a disposição dos familiares, para orientações na ocorrência de óbitos de paciente internado;
- Participar da equipe de capacitação de Órgãos e do grupo de Trabalho em Humanização;
- Realizar a transferência de pacientes para outros hospitais, após solicitação do médico assistente;
- Efetuar outras tarefas relacionadas ao processo caso haja necessidade.
- Supervisão de campo.

Para Amaro (2003, p. 13) “Visita domiciliar é uma pratica profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao individuo em seu próprio meio social ou familiar” relata também que “no geral, a visita domiciliar, como intervenção, reúne pelo menos três técnicas para

desenvolver: a observação, a entrevista e a história ou relato oral”. Utilizando “a visita como técnica é organizada mediante o diálogo entre o entrevistado e visitado”, sendo que esse diálogo resultado de uma simples conversa empírica, também “pode-se dizer que geralmente as visitas domiciliares são entrevistas semi-estruturadas, dados que orientadas por um planejamento ou roteiro preliminar”.

Segundo Gil (1987.p. 104) “A observação apresenta como principal vantagem em relação às outras técnicas, a de que fatos são percebidos diretamente sem qualquer intermediação. Deste modo, a subjetividade que permeia todo o processo de investigação social, tende a ser reduzida”.

Entrevista é um instrumento muito utilizado intencionalmente e que é estabelecida entre indivíduos diferenciados em seus papéis, onde se expressa, manifesta as contradições na relação. Essas contradições são expressões das relações entre os indivíduos e sociedade. Portanto a entrevista é o estabelecimento de diálogos que se realiza na medida em que vamos desvelando o real, o concreto e ampliando à consciência crítica ou reduzindo a alienação dos entrevistados e do próprio profissional neste caso o Assistente Social (SARMENTO, 2012). Sendo que no primeiro contato que o profissional tem com o usuário, realiza-se uma entrevista com preenchimento da ficha social. Para, além disso, o profissional Assistente Social deve contemplar as seguintes habilidades e conhecimentos para o desempenho das funções.

As competências e habilidades apresentadas estão relacionadas à particularidades dos espaços sócio-ocupacionais, tendo em vista como parâmetro a Lei de Regulamentação (Lei n. 8.662, art. 4º) e as diretrizes curriculares (1996) que atrelam as competências e habilidades técnico-operativas a capacitação ético- política e teórico – metodológico como requisito fundamental para o exercício da atividade (LEWGOY 2009, p. 182-183).

Considerando em relação ao que a autora aborda, todos os profissionais deveriam seguir a regra as atribuições e competência da profissão, que estão fundamentadas no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e Lei de regulamentação do Profissional do Serviço Social, mas muitas vezes o profissional se sujeita as instituições pela hierarquia que existe e o profissional de Serviço Social perde vez e voz, mas é a forma que o capitalismo nos traz e na maioria das vezes nos sujeitamos a esse sistema da instituição no campo de estágio.

Projetos existentes dentro da instituição do HIG no qual serão abordados no decorrer deste Trabalho:

- Projeto Visitar; Visitas realizadas na instituição.
- Projeto Ala Recomeçar; Desintoxicação e redução de danos.
- Projeto Grupo de Famílias Ala Recomeçar; Atendimentos aos familiares dos usuários/pacientes da Ala Recomeçar.
- Projeto Renascer; Projeto construído juntamente com outros Órgãos Públicos (Redução de Danos)

Segundo Olivar e Vidal, (2006, s/p) estas são as principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social nas unidades de internação, emergência e ambulatorios:

Visitar pacientes das enfermarias e emergências, visando à resolução de problemas sociais e o fornecimento de orientações e esclarecimentos a cerca das normas e rotinas do hospital;

Notificar os conselhos municipais: criança e adolescente, idosos, Assistência Social, entre outros;

- Comunicar a alta e orientar sobre o processo de saída da unidade hospitalar. Tomar providências relacionadas à alta de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica);
- Contactar os postos de saúde dos municípios de abrangência da Divisão Regional de Saúde para solicitar ambulâncias para a alta, remoção e transferências de pacientes;

- Orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral.

Complementando o que acima foi citado, o profissional do Serviço Social dentro de uma instituição hospitalar atua com atribuições e competências como consta na Lei de Regulamentação profissional do Serviço Social/93, realizando atividades que outro profissional poderia realizar.

Conforme Bisneto (2011, p.83) “A pratica do Serviço Social é variada e complexa, seus objetos, produtos e instrumentais não podem ser determinados de forma precisa como nas ciências da natureza”. Nesse sentido a implantação do Serviço Social dentro de uma instituição hospitalar tem como objetivo trabalhar junto aos usuários/pacientes, colaboradores, a qualidade de vida, as demandas oriundas da questão social. Guerra (2007, p.7) expõe que, “A lógica mercadológica que perpassa os serviços sociais, junto com as políticas sociais, passa a se constituir a própria racionalidade que orienta o exercício profissional, configurando concepções de eficácia, eficiência, produtividade, competência [...]”. A motivação no trabalho junto com as concepções citadas acima possibilita a satisfação das necessidades básicas, contando com profissionais multidisciplinares, assim o desempenho do trabalho realizado pelos mesmos possa acolher a todas as demandas na instituição. Formando o trabalho do Assistente Social – com indicação do instrumental.

O trabalho que o profissional de Serviço Social desenvolve em rede é articulada com os demais profissionais da área da saúde, interna e externa como instituições CAPS I, CAPS ad, CRAS, CREAS, INSS e Secretaria da Saúde. Os profissionais do Serviço Social no seu cotidiano de trabalho desejam estabelecer o Projeto Ético-Político da profissão de Serviço Social, mas justificam que a sua prática deve estar de acordo com a Política Institucional limitando as suas ações de intervenção.

A partir do ano de 2009, o hospital implantou o projeto de atendimento a dependência⁸ química e psiquiátrica, com o intuito na redução de danos. Conforme VELOSO; CARVALHO; SANTIAGO (2012, p 167) expõe que, “[...] a redução de danos decorrentes do uso de drogas [...] pressupõe respeitar as diferenças, garantir

⁸ Dependência “é o conjunto de sinais ou sintomas que determinam que a pessoa está dependente da substância” (GALDURÓZ, 2008, p. 14).

direitos de cidadania e olhar para uma perspectiva de educação para a autonomia”. Sendo assim os usuários da ala psiquiátrica têm seus interesses divergentes dos seus familiares, na maioria das situações, com dificuldades financeiras e vulneráveis socialmente pelo uso excessivo de substância psicoativa, muitos dos familiares não querem dar sua participação na assistência a esses usuários, pela fragilização dos vínculos familiares. Com isso o profissional de Serviço Social intervém com uma ação orientadora de como será o procedimento do tratamento da desintoxicação e redução dos danos causados pelo uso de substâncias psicoativas dos mesmos.

Para isso usa um espaço na Unidade III, espaço este denominado Ala Recomeçar, nome dado pelos próprios internos e usuários do serviço, conta com onze (11) leitos, dois (02) banheiros, uma (01) sala de recreação e um (01) pátio interno (quiosque). A Ala foi inaugurada no dia 27 de outubro de 2011, depois de ter passado por reformas e melhorias.

Tendo como objetivos “Visar e garantir direitos e assistência para os usuários, fazendo por meio de políticas sociais, de forma organizada e planejada. Lutando pelas injustiças que enfrentamos com a questão social na realidade do cotidiano. Considerando esses objetivos a partir da reflexão crítica, ético-política e de métodos investigativos” (CRESS, 2009).

A maior procura por atendimentos na sala do Serviço Social em sua maioria são dos familiares dos usuários/pacientes que se encontram internados naquela instituição, como também os médicos para solicitar transferência de paciente para outra instituição quando precisam de atendimentos com maiores recursos hospitalares e que não tem na instituição. O profissional do Serviço Social entra em contato com a Central de Leitos para incluir o nome do usuário/paciente em uma lista de espera e aguardar a transferência, também com hospitais conveniados com a 12ª Corregedoria de Saúde.

As Assistentes Sociais realizam avaliações sociais também a pedido dos médicos quando o profissional supõe abandono, negligência, maus tratos ou violência sexual, nos casos em que a situação envolve CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, Defensoria Pública, Polícia Civil e Militar é realizado um comunicado aos setores competentes e o processo de trabalho é realizado em conjunto. O processo de trabalho do Assistente Social em uma instituição de saúde intervém com várias demandas e esse trabalho é realizado com os demais profissionais num processo multidisciplinar.

O perfil da população usuária da instituição HIG é na maioria de pessoas de baixa renda em situação de vulnerabilidade⁹ social e que acessam ao atendimento de consultas, exame, e internação através do SUS. Dentro da Instituição Hospitalar, podemos perceber inúmeras fragilidades provenientes das expressões da Questão Social.

Na Ala Psiquiátrica Recomeçar os internos do espaço é de pessoas vulneráveis socialmente e de dependentes químicos¹⁰, ou seja, fazem uso de substâncias psicoativas, a internação é realizada a partir de Ação Judicial via medida compulsória. Sendo que dessas internações compulsórias há muita evasão dos usuários/pacientes pela fissura do uso dessas substâncias.

A maior parte da atuação das profissionais Assistentes Sociais dá-se em torno dessa ala destinado para o tratamento de desintoxicação dos usuários/pacientes, sendo que é destinado ao público masculino já a minoria do sexo feminino que da entrada na instituição para desintoxicação, ficam em quartos separados, a maioria internam através de ação Judiciária, uma minoria estando voluntariamente e outra parte encaminhada pelo CAPS ad. No término do tratamento são encaminhados para Comunidades Terapêuticas da cidade e região que possui convenio com a instituição, para dar continuidade ao tratamento. Segundo Oliveira (2012, P. 204), “O objetivo do CAPS ad consiste em oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade”. Como também encaminhamento para o HIG para dar continuidade ao tratamento iniciado.

A Lei nº 10.216 de 6 de Abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra, no Art. 6º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que

⁹ Vulnerabilidade social compreende a exposição de indivíduos ou grupos a riscos econômicos, culturais e sociais que condicionam as possibilidades de inclusão social desses sujeitos (ROCHA, 2007).

¹⁰ Dependência Química expressão usada nas instituições de Saúde, mas para o Serviço Social a expressão correta é: Usuário de Substâncias Psicoativas.

caracterize os seus motivos. – São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela justiça.

No Art. 7º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deverá assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. E no Art. 9º - A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. Também em relação à evasão que ocorre aleatoriamente na Ala Recomeçar dispõe na mesma Lei no Art. 10º - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência (BRASIL, 2009, p. 121-123).

O envolvimento do Serviço Social se dá com equipe multidisciplinar que ali atua, é demandando tempo e cuidados. Há também o projeto Renascer, uma parceria do Ministério Público, Poder Judiciário e Fundação Ivan Goulart, inserido no Presídio Municipal de São Borja e contam com uma equipe multidisciplinar (Assistente Social, Psicóloga, Psiquiatra, enfermeiro, religiosos e voluntários) realizado duas vezes na semana todas as terças feiras e quintas feiras, por um dos profissionais que faz parte do projeto, onde percebe-se bem a expressão da questão social, sendo indivíduos totalmente fragilizados e vulneráveis pela situação sócio-econômica, alimentar, residencial, saúde, social e preconceitos.

A implantação do Serviço Social dentro de uma instituição tem como meta trabalhar junto aos usuários/pacientes, família, colaboradores, e sociedade a qualidade de vida, as demandas oriundas da questão social, a motivação ao/no trabalho, produtividade, laços familiares, lazer, possibilitando assim a satisfação de necessidades, apoiando-se em seu Código de Ética e na Lei de Regulamentação da

Profissão (CRESS, 2005). A partir desse contexto deve-se trabalhar muito a família¹¹ para que essa possa também dar o suporte que esse usuário/paciente tenha a melhor recuperação de sua saúde mental.

São realizadas reuniões com os familiares dos usuários de substâncias psicoativas internos, que acontecem uma vez por semana, as falas são ministradas pelas Assistentes Sociais, pela psicóloga e psiquiatra da Instituição, por um enfermeiro e por colaboradores (usuários em recuperação). Esses encontros são realizados uma vez por semana como condições para as visitas dos familiares aos usuários/pacientes visitas que acontecem uma vez no mês, também são fornecidas notícias e informações aos familiares dos usuários/pacientes como cartas e solicitação aos familiares de objetos de higiene pessoal, roupas e alguma “guloseima” que desejarem. Nesses encontros a participação de todos é de fundamental importância para que se atinja o objetivo na melhoria do tratamento em si.

Para Souza (2010 p.81) “Participação é um processo social que existe independentemente da interferência por um ou por outro agente externo”. Sendo um processo próprio da criação do homem, quanto ao pensar ou agir sobre desafios enfrentados tanto por parte da natureza como sociais. A participação não se delimita a só uma classe social, mas sim em todas as classes sociais, refletem sobre a questão. Portanto participação antes de ser considerada uma política de reprodução de ordem, ela é uma questão social, seja em forma de mobilização para a luta de direitos e igualdade, ou como qualquer outra configuração social.

As políticas de Seguridade Social estando vinculada a Assistência Social, Previdência Social e a Saúde que tratam nesse espaço sócio-ocupacional bem como a reforma sanitária e a Reforma Psiquiátrica, sendo que no (SUS) tem como garantia o direito à saúde de todos e dever do Estado, vindo acontecer através da Reforma Sanitária. Como consta na Constituição Federal de 1988. Os direitos sociais bem como a firmação da Política de Assistência Social, sendo de suma importância, os avanços que ocorreram neste contexto com os movimentos sanitaristas, demandando a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), no auxílio do tratamento dos usuário/pacientes.

¹¹ A família pode ser definida como 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 consangüíneos (MIOTO, 1997, p. 120).

O Assistente Social exerce sua atividade profissional em diversos espaços, âmbitos, áreas, segmentos populacionais (criança e adolescente, idoso, pessoas portadoras de necessidades especiais, família) e em diferentes setores (seguridade social: saúde, previdência social, assistência social; educação, trabalho, habitação e na questão agrária). Dessa multiplicidade de possibilidades de atuação advém também uma variedade de processos de trabalho, o que exige desse profissional um arsenal de conhecimentos variados (FRAGA, 2010. p.46 - 47).

No processo de trabalho, o Assistente Social faz uso de instrumentais para atender as demandas sócio-ocupacionais, proporcionando a articulação com os três eixos da formação profissional – Teórico-Metodológico, Técnico-Operativo e Ético-Político, permitindo a compreensão das correlações de forças existentes nestes espaços do âmbito hospitalar.

Essa profissão, como as demais, na medida em que se refazem e se reconstróem as relações na sociedade, vai se reconstruindo e se refazendo, muito embora, nesse processo, não supere os limites das relações postas pelo capitalismo, uma vez que nem a própria sociedade não os supera. Nesse processo de construção, as ações individuais dos profissionais podem assumir, ao mesmo tempo, as dimensões de síntese-resultante do processo coletivo de elaboração de conhecimentos e práticas desenvolvidas pela categoria – e de criação de novas propostas e de novos conhecimentos (BAPTISTA, 1998, p. 117).

É importante destacar que é através das aproximações com a realidade institucional que se pode, gradualmente, desvendar o que está por trás do que não foi dito ou do que não está visível em um primeiro momento, diante dos olhos. Essas aproximações sucessivas são imprescindíveis para criar estratégias visando o planejamento da ação profissional. Assim, dando seqüência, no capítulo posterior a Síntese da Experiência, no campo de estágio será apresentada.

4 ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA

Este capítulo discorrerá sobre a experiência vivenciada no Estágio Supervisionado I e II. Expõe também, a sistematização do projeto de intervenção “Visita Recomeço”, apontando as estratégias de intervenção dos Assistentes Sociais no HIG e propondo novas alternativas.

4.1 Contextualizando o Estágio Supervisionado

Os objetivos do estágio supervisionado são de aproximar o estudante-estagiário dos espaços onde se desenvolve o processo de trabalho do profissional Assistente Social e conhecer os instrumentais de que esse profissional se apropria para atender a estas demandas sócio ocupacionais. Proporcionar a articulação dos três eixos da formação profissional como citado anteriormente – Teórico-Metodológico, Técnico-Operativo e Ético-Político, permitindo ao estudante compreender as correlações de forças existentes nestes espaços.

Conforme Lewgoy (2010, p.132) “A supervisão de estagio é um processo complexo, que supõe apreensão da realidade concreta da sociedade, da formação, da universidade, do campo, do acadêmico e do processo de ensino- aprendizagem”, nesse contexto entende-se que esse processo é de problematizar e discutir aspectos da formação profissional e orientação, de como é o fazer profissional.

Encontra-se na Lei de Regulamentação da Profissão (1993), art. 5º, a especificação de que a supervisão direta de estagiários é uma atribuição privativa do Assistente Social. Do mesmo modo, no art.4º, alínea “e”, do Código de Ética (1993) há o registro de que é vedado ao profissional o exercício da supervisão de aluno em instituições públicas ou privadas que não tenham em seu quadro Assistente Social que acompanhe direto o aluno estagiário. (LEWGOY, 2010, p. 104)

Ponderando o que a autora menciona, para o estágio poder se realizar deve haver um convenio entre as instituições e universidade, sempre com supervisão de um profissional do Serviço Social, tendo em consideração a carga horária do profissional conforme cita a Lei de Regulamentação do Serviço Social e o Código de Ética ambos de 1993, e esse mesmo supervisor de campo de estágio, nos remetendo no final do estagio a uma avaliação em vários itens, como iniciativa, postura e tantos outros.

O projeto de intervenção trouxe como proposta conhecer a realidade e dar suporte aos familiares e usuários/pacientes internos da Ala Recomeçar da Fundação Ivan Goulart - Hospital Ivan Goulart, em sua maioria usuário de substâncias psicoativas, para que através das visitas domiciliares possa fazer o acompanhamento dos usuários/pacientes no tratamento da dependência após alta hospitalar, também restabelecer vínculos familiares que se encontram fragilizados. Conforme CFESS (2009, p. 22): “As principais ações a serem desenvolvidas pelo Assistente Social são: Prestar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações”.

Conforme alguns pontos já socializados na síntese da experiência há também visitas ao Presídio Estadual de São Borja por equipes multidisciplinares na qual participam do Projeto Renascer, numa parceria com o Ministério Público Poder Judiciário e Fundação Ivan Goulart, onde houve o deslocamento das profissionais duas vezes na semana, nas terças-feiras, os encontros são com os usuários/apenados do semi-aberto e nas quintas-feiras com os usuários/apenados da segurança máxima, sendo que nessas visitas vão de encontro com a realização de seminários, sempre abordando uma temática sobre a dependência de substâncias psicoativas (álcool e drogas). O projeto visa o tratamento desses indivíduos para que, possam sair da reclusão sem a busca das substâncias psicoativas, sendo que no primeiro momento da liberdade eles possam não buscar essas substâncias e novamente sobre o efeito das mesmas voltem à reincidência criminal.

Através do acolhimento e da escuta sensível, foi possível verificar muitas fragilidades nesses encontros, os usuários/apenados confessaram que cometeram os delitos com efeito das drogas e o porquê cometeram esses delitos, comentam eles que é para poderem adquirir às mesmas e que se não fosse às drogas tudo seria diferente, agiriam de outra maneira, confessam ainda que ficava tudo mais fácil para eles sob o efeito das drogas. Relataram também nos encontros realizados que são de fundamental importância esses encontros para que possam expor suas fragilidades e dificuldades, tendo o apoio dos profissionais para enfrentar o uso das drogas e ter uma vida melhor ao retorno à família e ao convívio na comunidade.

Os usuários/apenados determinaram que dentro da sela dos participantes do projeto, é proibido o uso de drogas e dessa forma já tendo mais duas celas com a

mesma proposta, alguns confessam que não é fácil, mas que tem que ultrapassar seus limites para deixar de consumir, os demais relataram que consomem só a maconha, que não estão consumindo o crack, os seminários realizados abordou os malefícios que esta e outras drogas como o álcool, a maconha entre as varias outras existentes, são destrutivas e deixam como consequência a dependência e que a ação é destrutiva, porém lenta em relação ao crack esta com a ação rápida, mas para eles é um grande avanço não estar consumindo essa droga que é o “crack”, a idéia central do projeto é a redução de danos¹² ou seja, a abstinência total do uso das drogas.

A justiça busca em conjunto de medidas que visem aumentar a possibilidade de que infratores usuários e dependentes de drogas entrem em permaneçam em tratamento, modificando seus anteriores comportamentos socialmente adequados. Portanto, trata-se de intervenção formal dirigida aos “infratores”, ou seja, aqueles que estão em contato com a lei, que não diferencia meros “usuários” de “dependentes”, sendo a solução para ambos a “terapia”. Essa tem como objetivo declarado “modificar” comportamentos qualificados de negativos, rotulados como “delituosos”, e transformar seus atores ou “infratores” em seres socialmente adequados, “livres do vicio”, fazendo valer uma determinada visão de mundo que parte da premissa de que haveria um consenso social no sentido de considerar moralmente reprovável o uso de determinadas drogas, quais sejam, as ilícitas, até porque não se usa esse mesmo termo para o abuso de álcool e tabaco (MAURER, 2010, p. 44).

Também o projeto procura mostrar para os usuários/apenados que é possível deixar de fazer uso das substâncias, para assim, poderem ter uma reinserção social junto à comunidade quando de lá saírem, ou seja, cumprir a pena que foi determinada pelo juiz, onde a cada três encontros que eles participam acarreta em um dia de redução da pena, conforme BRASIL (1984) o “Art. 126 da Lei de Execução Penal reza que o condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semi-aberto poderá remir, pelo trabalho, parte do tempo de execução da pena”. Sendo que “a nossa legislação adota o sistema de que três dias trabalhados diminuirá um dia da pena do condenado, de acordo com o Art. 126, § 1º da Lei de Execuções Penais”:

Art. 126 - O condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semi-aberto poderá remir, pelo trabalho, parte do tempo de execução da pena.

¹² Redução de danos é um modelo ou estratégia preventiva que se baseia em princípios de saúde pública, com o objetivo de reduzir as consequências danosas do consumo de drogas, sejam lícitas ou ilícitas, necessariamente visando à erradicação desse consumo (MAURER, 2010, p. 45).

§ 1º - A contagem do tempo para o fim deste artigo será feita à razão de 1 (um) dia de pena por 3 (três) de trabalho (BRASIL, 1984, s/p).

Já a profissional do Serviço Social que está vinculada a aquela instituição trabalha na reintegração social e ao acesso aos direitos sociais as pessoas privadas de liberdade, enquanto cidadão de direitos, através de projetos existentes aquela instituição além do Projeto Renascer. Conforme o Código Penal - Lei nº 7.210, de 11 de Julho de 1984, discorre no: Art. 22. A assistência social tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade. No Art. 23. Incumbe ao serviço de assistência social:

- I - conhecer os resultados dos diagnósticos ou exames;
- II - relatar, por escrito, ao Diretor do estabelecimento, os problemas e as dificuldades enfrentadas pelo assistido;
- III - acompanhar o resultado das permissões de saídas e das saídas temporárias;
- IV - promover, no estabelecimento, pelos meios disponíveis, a recreação;
- V - promover a orientação do assistido, na fase final do cumprimento da pena, e do liberando, de modo a facilitar o seu retorno à liberdade;
- VI - providenciar a obtenção de documentos, dos benefícios da Previdência Social e do seguro por acidente no trabalho;
- VII - orientar e amparar, quando necessário, a família do preso, do internado e da vítima. (BRASIL, 1984).

Quanto ao Projeto Visitar, o profissional realiza aos vinte e quatro (24) do mês, a pedido dos médicos das Unidades I, II, e III, para saber como que o paciente está reagindo ao tratamento pós-alta hospitalar, isso nos casos de média e alta complexidade, porém essas visitas são muito rápidas e sem agendamento prévio. Especificando que, as visitas são realizadas pelo projeto, mas evidenciando a falta de demanda para visita da Ala Recomeçar, onde, a partir daí surgiu à proposta do Projeto de Intervenção no sentido de assistir e instrumentar adequadamente aos familiares e ao próprio usuário/paciente.

O processo de trabalho está em muitas demandas, como, transferência de pacientes para outras unidades hospitalares conveniadas com a 12ª Coordenadoria de Saúde e nos casos de grandes centros, através da Central de Leitos do Estado do Rio Grande do Sul, nesses casos ficando em uma lista de espera. A solicitação de transferências é para pacientes que necessitam de atendimentos especializados ou de maiores recursos nos casos de alta complexidade.

O profissional atende as demandas que surgem em todo o contexto hospitalar desde a emergência do ambulatório (pronto socorro) até a CTI. Como exposto anteriormente o profissional tem habilidade para dar a alta social, isso no caso de quando os médicos que estão responsáveis pelo paciente derem alta hospitalar (médica) e esse usuário/paciente não ter condições adequadas para essa alta, ou seja, por não ter moradia, ou a residência não tiver condições de recebê-lo, seja por falta de estrutura física ou até mesmo de higiene. Sendo que essa demanda necessita maiores reflexões por parte das equipes hospitalares para maiores esclarecimentos das atribuições dos múltiplos profissionais. Conforme CFESS.

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/família com a equipe (CFESS, 2009, p. 25).

Nessa conjectura, a participação do Assistente Social no acompanhamento dos usuários/pacientes e seus familiares haverá a indicação de que existe a necessidade da intervenção direta do profissional de Serviço Social nesse processo da alta hospitalar. Bem como, são realizadas na instituição buscas ativas¹³, onde as Assistentes Sociais juntamente com a Brigada Militar vão em busca dos usuários/pacientes que evadem da Ala Recomeçar, sendo que, os evadidos têm prazo de vinte e quatro horas para volta a Ala, depois de passado esse tempo determinado o Usuário/paciente perde a vaga e entra novamente na fila de espera de tratamento.

¹³ Conforme MDS a busca ativa da instituição é diferenciada da Assistência Social, este “refere-se à localização, inclusão no Cadastro Único e atualização cadastral de todas as famílias extremamente pobres, assim como o encaminhamento destas famílias aos serviços da rede de proteção social” (BRASIL, s/d, s/p).

Outra demanda existente é o plantão social, no qual a profissional fica sobre aguarde da instituição para qualquer emergência que eventualmente ocorra.

O plantão social faz parte da prática profissional dos assistentes sociais desde o início da profissão no Brasil. Este espaço de atuação profissional destina-se a uma prática de caráter individual, momento de estabelecimento de uma relação direta entre assistente social e usuário. (TRINDADE, 1999, s.p)

O Assistente Social faz uso como instrumento de trabalho no HIG, a ficha social, o qual registra todos os atendimentos que realizou diariamente naquele espaço, sendo de suma importância os registros dos atendimentos para que o próximo profissional que assuma em outro horário esteja integrado dos acontecimentos. Há também o livro de ocorrências, onde todas as informações são registradas de forma sucinta com o intuito de repassar informações, anotações ou recados para os demais profissionais, este livro ficando na sala da Unidade III.

Segundo Olivar e Vidal, (2006, s/p) estas são as principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social nas unidades de internação, emergência e ambulatorios:

- Visitar pacientes das enfermarias e emergências, visando à resolução de problemas sociais e o fornecimento de orientações e esclarecimentos a cerca das normas e rotinas do hospital;
- Notificar os conselhos municipais: criança e adolescente, idosos, assistência social, entre outros;
- Comunicar a alta e orientar sobre o processo de saída da unidade hospitalar. Tomar providências relacionadas à alta de pacientes portadores de doenças crônico- degenerativas e infecto-contagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica);
- Contactar os postos de saúde dos municípios de abrangência da Divisão Regional de Saúde para solicitar ambulâncias para a alta, remoção e transferências de pacientes;

- Orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral.

Complementando o que acima foi citado, o profissional do Serviço Social dentro de uma instituição hospitalar atua com atribuições e competências como já mencionado na Lei de Regulamentação do Assistente Social/93, realizando atividades que outro profissional poderia realizar. Os Assistentes Sociais devem ter como parâmetros de ação na equipe de saúde CFESS (2009 p. 27/28).

- Esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais através da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- Elaborar, junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário tais como a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- Realizar em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente, esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (DPVAT) bem como informações sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos;

- Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações sócio-educativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: no planejamento familiar, na saúde da família, na saúde da mulher, da criança e do idoso, na saúde do trabalhador, nas doenças infecto-contagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras), e nas situações de violência sexual e doméstica.
- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- Sensibilizar o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;
- Realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis.

Sendo que através de todas as demandas acompanhadas nos Processos de Trabalho das profissionais da instituição e verificando algumas fragilidades do Projeto Visitar do HIG surge a temática para o Projeto de intervenção que a seguir será pontuado.

4.2 Sistematização do projeto de Intervenção: “VISITA RECOMEÇO”

O projeto nasceu da necessidade do profissional do Serviço Social em conhecer a realidade do usuário/paciente e seus familiares, o espaço familiar e seus componentes, os comportamentos quanto ao tratamento. Trouxe informações e

orientações de quais os procedimentos que a família deveria tomar quando o usuário/paciente der alta hospitalar.

Conforme Martinelli, (2011, p. 500) “Como área de conhecimento e de intervenção na realidade humano social, o Serviço Social deve mobilizar-se, cada vez mais intensamente, na perspectiva da assistência integral à saúde da população atendida”. A importância que se deu no projeto de intervenção foi pela necessidade de dar suporte aos usuários/ pacientes e seus familiares através da visita domiciliar a qual veio com intencionalidade de esclarecimentos sobre a dependência química, o fortalecimento de vínculos e o acompanhamento do tratamento, após a alta.

Dentro da perspectiva do fortalecimento da liberdade, as estratégias que contribuem para esta construção são, sem dúvida, “relações complexas que envolvem tanto os sujeitos na sua vida cotidiana como também os espaços sociais onde as relações não se reduzem simplesmente às relações imediatas, mas a toda rede de relações que precisam ser mediatizadas”. (KERN, 2005, Apud KERN, 2009, p. 160).

O objetivo geral foi de suscitar os usuários/pacientes e familiares sobre a relevância do tratamento da dependência das substâncias psicoativas, visando o acompanhamento do tratamento após a alta hospitalar, bem como o fortalecimento dos vínculos familiares fragilizados e como objetivos específicos a apreensão e a importância da continuidade do tratamento da dependência¹⁴ em si, bem como acompanhar o usuário/paciente após alta hospitalar. Ter conhecimento da realidade social dos usuários/pacientes/ familiares. Fortalecimento dos vínculos rompidos ou que estão fragilizados. Segundo Kern (2009, p. 164) “Com referências na articulação entre estratégia metodológica e a metodologia em si, na postura profissional durante a visita podem transparecer as várias faces da identidade da operacionalização metodológica”. A metodologia teve por finalidade elevar o conhecimento dos processos intercessor na administração do projeto, bem como os instrumentais e técnicas que surgiram e foram empregadas para aquisição de resultados eficazes.

Através de relatos dos familiares, uma das maiores dificuldades que eles encontram é em relação a não terem contato com os familiares, a não ser quando a Psicóloga, Assistente Social e Psiquiatra, trazem notícias quando falam com um dos

¹⁴ Dependência- Necessidade psíquica e, às vezes, física da droga capaz de alterar os reflexos inatos e ou adquiridos. Características da dependência: Compulsão, tolerância, alterações psíquicas, alterações físicas, síndrome de abstinência, efeitos nocivos para o indivíduo e efeitos nocivos para a sociedade (SILVA; SILVA, 2012, p. 59).

familiares ou nos grupos de família que acontece todas as terças feiras, às 18 horas na própria instituição, nesse grupo são realizados seminários, abordando o tema sobre o uso de substâncias psicoativas e seus malefícios, a redução de danos, esclarecendo dúvidas dos familiares, onde os profissionais possam vir estar orientando como o familiar procede pós-alta do tratamento do usuário, vinculando a aproximação usuário/familiar e familiar/usuário, também tem como finalidade dar notícia sobre os internos de como anda o tratamento de desintoxicação e entregar os “bilhetes” que os internos mandam para os seus familiares pedindo algo que necessitem como produto de higiene, erva mate e alguma guloseima que desejam comer.

A execução do projeto materializou-se através de visita domiciliar com o acompanhamento de três famílias. Os critérios surgiram a partir de conversa com familiares no grupo de família e dos mesmos virem em busca de atendimento na sala da profissional de Serviço Social, bem como, através do estudo social destes usuários/pacientes, que se encontram nos documentos do usuário, possibilitando, assim, à profissional obter maior apropriação da realidade daquele usuário/paciente e de quais tipos de drogas faz uso. Pode-se perceber, então, que a dependência das substâncias psicoativas atinge várias classes sociais, culturas, idade e credos, dos que possuem uma base considerada sólida, e também dos que estão em situação de vulnerabilidade e risco social, todavia, independente da organização familiar, a questão social mostra a sua face.

Considerando que,

Art. 196. 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 a ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 20).

Visando o acompanhamento no âmbito familiar, o tratamento de recuperação do usuário de substâncias psicoativas após a alta hospitalar de desintoxicação ou em tratamento em comunidades terapêuticas. Com o objetivo de prevenir a reincidência e recaídas, enfatizando que o apoio familiar é primordial para a continuidade do tratamento.

Verificou-se durante o Estágio supervisionado I e II que havia o Projeto Visitar onde eram realizadas visitas domiciliares as demais unidades, mas essas, não eram

realizadas aos familiares dos internos da Ala Recomeçar, portanto, o projeto de intervenção teve como proposta realizar as visitas domiciliares para os usuário/paciente/familiar identificados com fragilidade familiar e/ou vínculos rompidos. A demanda surgiu dos familiares em atendimento no Serviço Social, a seguir algumas questões que foram levantadas:

- Como agir com o familiar?
- Como proceder pós-alta?
- O que fazer quando não queiram dar continuidade ao tratamento?

Ainda, depois do tratamento em Comunidades Terapêuticas também surgiam dúvidas, fato relatado por um familiar dizendo que foi em busca de orientações alternativas para saber como proceder. Portanto, sinalizaram que necessitavam de orientações e esclarecimento.

A seguir a sistematização do Projeto de Intervenção utilizado nas visitas:

Alcance	3 Famílias
Objetivo Geral	Suscitar os usuários/pacientes e familiares sobre a relevância do tratamento da dependência química, visando o acompanhamento do tratamento após a alta hospitalar, bem como o fortalecimento dos vínculos familiares fragilizados.
Objetivos específicos	Apreender a importância da continuidade do tratamento da dependência química. Acompanhar o usuário/paciente após alta hospitalar. Conhecer a realidade social dos usuários/ pacientes e familiares. Fortalecer vínculos rompidos ou que estão fragilizados.
Perguntas	Totalizando 7 1) A família é composta por quantos integrantes? Especifique.

	<p>2) Há outros dependentes químicos na família? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Quantos? _____ Tipo de droga: _____ Já fez tratamento? Especifique.</p> <p>3) Como tomou conhecimento sobre o uso de drogas, pelo familiar?</p> <p>4) O que pensa sobre o tratamento da dependência química?</p> <p>5) De que maneira entende a participação da família na continuidade do tratamento após a alta hospitalar?</p> <p>6) Como a família pode contribuir no tratamento?</p> <p>7) De que forma pensa (compreende) a possibilidade de fortalecer os vínculos com o familiar? Sugestões do que fazer.</p>
Demandas para o Serviço Social	3 retornos

Fonte: Projeto “Visita Recomeço”.

Ao chegar à residência da primeira visita domiciliar do projeto de intervenção do usuário/paciente J¹⁵, foi explicado ao familiar (mãe) que se estava aplicando o projeto de intervenção, expondo de como se daria essa intervenção, sendo um dos requisitos para a formação de graduação na modalidade bacharelado em Serviço Social, a mãe (SIU)¹⁶ do J relata que está na torcida para que o projeto tenha continuidade. Percebe-se que a mãe do J ficou muito feliz com a visita, falou que foi importante a visita e a preocupação do Serviço Social para com o filho dela. Através da aplicação de um roteiro de perguntas pode-se conhecer a realidade daquela família, apesar de responder somente o que era perguntado e também pelo fato de não ter entendimento de muitas palavras que foram usadas, havendo a necessidade no uso de palavras simples para a melhor compreensão do que estava sendo expondo, orientou-se que procurasse orientações e indagar os profissionais na realização e participação nos grupos sobre as dúvidas da qual tenha, para que J. não recaia após o tratamento, J. não quis continuar o tratamento na Fazenda Terapêutica Chico Xavier, também não deu seqüência ao tratamento no CAPS ad,

¹⁵Todos os usuários/pacientes citados serão identificados por uma letra do nome, para manter o sigilo dos mesmos conforme o Código de Ética Profissional dos assistentes Sociais/93.

¹⁶ Segundo informações do usuário (TURCK, 2007, p. 15).

orientou-se a mãe que realizasse leituras sobre o assunto, nesse momento ela relata que é analfabeta, foi enfatizado que é de fundamental importância a continuidade do tratamento e o apoio familiar, com mudanças de hábitos, rotinas e amigos, e que, deveriam colaborar e compreender o mesmo e as dificuldades que esse apresenta.

Considerando que o CAPS ad é um novo modelo substitutivo de atendimento às pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de drogas, sua legislação coloca a família como parte do processo de recuperação desses usuários. Diferentemente do antigo modelo (internação psiquiátrica) em que os usuários da saúde mental eram afastados do seu convívio familiar e comunitário (PIEVE. et al, 2010 p. 32).

Portanto, a família é composta por três integrantes, no qual estão residindo duas pessoas, a terceira pessoa reside na localidade de Bento Gonçalves no Rio Grande do Sul, não há outro dependente de substância psicoativa, foi perguntado à mãe como ficou sabendo que seu filho estava usando drogas, assim, relata que trabalhava em um estabelecimento comercial que fornece lanches a noite e retornava sempre de madrugada, quase não via seu filho, a descoberta foi através da fala dos vizinhos, pois, não havia notado nada. Ao questioná-la sobre o que pensa sobre o tratamento da dependência das substâncias psicoativas, relata “que foi bom”, que J está dando continuidade do tratamento em casa, fazendo tudo “certinho” e apenas com consultas médicas. Quanto ao que ela (mãe) entende sobre a participação da família na assiduidade do tratamento após a alta hospitalar, discorre que é através de muitas conversas, sobre o que havia acontecido com J e pelo fato das complicações de saúde que teve pelo uso excessivo de substâncias psicoativas “Crack”¹⁷, e se o J queria passar novamente por todo aquele processo de internação de quase cinco meses dentro de uma instituição hospitalar por complicações do uso exagerado das drogas. Sobre como a família pode contribuir no tratamento a mãe menciona que a atenção que tem que dar, está dando. Em relação a vínculos rompidos ou fragilizados responde que nunca houve, nunca houve agressões e que o J sempre trabalhou para comprar seu vício.

Na segunda visita realizada a mãe do C foi atrás de apropriações para saber como agir em relação ao seu filho que está em tratamento, relata que de certa forma

¹⁷ O crack é uma substância classificada, quanto aos efeitos produzidos, como estimulante do sistema nervoso central (SNC) e tem como princípio ativo o cloridrato de cocaína (benzoilmetilecgonina) (SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2012, p. 117).

anulou sua vida para dedicar somente ao tratamento do filho, dando total apoio e cuidado em relação ao mesmo. Expôs que sentiu carência nos grupos de família em relação à orientação de como proceder com o familiar quanto ao tratamento, nos grupos de família era só relato do que os familiares estavam passando, mas não conseguindo apropriação de como proceder, ela buscou alternativas diferentes com outros profissionais como psicólogos e psiquiatras. Através dessa carência pode-se sugerir para as profissionais do Serviço Social o HIG que pudessem contemplar com maiores apropriações a carência encontrada nos grupos de família.

A família é composta por quatro integrantes, todos residem na casa, há outro familiar dependente de substâncias psicoativas nesse caso do álcool não residindo com os mesmos, trata-se do avô materno, não faz uso de nenhum tratamento, encontra-se preso no semi-aberto pelo ato infracional de pedofilia em outra cidade do Rio Grande do Sul. Sobre como tomou conhecimento de que o filho estava usando drogas, a mãe fala que foi um impacto, um susto, que perdeu o chão ao saber, ela desconfiava de atitudes por dar falta de dinheiro, a descoberta foi a partir da briga do usuário/paciente com a namorada. A partir de uma ligação telefônica em conversa com a namorada do mesmo a qual relata que C. consumia drogas. Sobre o que pensa sobre o tratamento da dependência química, quer entender sobre o tratamento, o C foi para Comunidade Terapêutica e não quis ficar para dar continuidade ao tratamento, levando o mesmo para o CAPS ad, sendo que não gostou do tratamento que oferecem aos usuários daquela instituição, dando seguimento do tratamento em casa sob vigilância intensa da mãe, C. está dando seqüência ao tratamento com uma profissional da Psiquiatria na cidade de Santo Ângelo no Rio Grande do Sul, também a mãe relata que gostaria de mais orientações dos grupos do HIG, buscando orientações com outros profissionais como psicólogos e psiquiatras de outras instituições.

Sobre a participação da família na continuidade do tratamento após alta hospitalar, a mãe expõe que quer adquirir novamente a confiança no filho, contemplando a importância da participação da família nesse processo, mas sente falta de melhor tratamento nas redes públicas. C. Assim sendo, a família pode contribuir auxiliando no tratamento, com a cooperação de todos os familiares. Em momento algum houve discussões entre a família, também houve mudanças de hábitos e de rotina, do mesmo modo sendo fundamental a compreensão das necessidades do próprio familiar dependente de substâncias psicoativas, não

havendo o rompimento de vínculos, sempre existiu o respeito familiar e a forma que ela encontrou foi demonstrando com mais afeto, foi como a mãe citou.

Na terceira família visitada, a mãe menciona que no início da descoberta que o filho estava usando substâncias psicoativas houve desestruturação familiar com rompimento dos vínculos, pelo fato do filho roubar o que ela tinha dentro da residência, vendendo tudo para o consumo das drogas, também relata que o filho não quis dar seqüência ao tratamento em fazenda terapêutica, mas que estava prosseguindo ao andamento do tratamento no CAPS ad. No momento os vínculos já foram fortalecidos, mas ela continua com devidos cuidados em relação ao mesmo verificando se esta consumindo ou não drogas.

A família é composta por dois integrantes (mãe e filho), e que não há outro dependente químico, a forma que tomou conhecimento sobre o uso de substâncias psicoativas, foi quando o filho estava ao serviço militar, empregava toda a sua remuneração no consumo de drogas, outro fator foi pela falta de dinheiro e outros objetos dentro de casa. Em relação sobre o que pensa do tratamento da dependência de substância psicoativa, a mãe descreve que o filho está bem, perto do que se encontrava anteriormente ao tratamento, que o mesmo está dando continuidade do tratamento no CAPS ad. A maneira de como entende a participação da família no tratamento pós-alta hospitalar, a mãe responde de forma muito peculiar, que o R está bom e que se encontra sempre em casa. A forma que ela encontrou para contribuir no tratamento é ficando mais atenta, de olho no que ele está fazendo, nesse caso houve vínculos rompidos pelo fato de roubar objetos dentro de casa e vender tudo que podia para a compra das substâncias psicoativas, também pelo fato de ser agressivo, passando a morar em uma peça separada da casa, não havendo mais acesso a casa da mãe, também menciona que hoje está tudo bem, sem agressões, mas que não está sendo fácil enfrentar o problema com as drogas.

É importante salientar que os direitos e valores são universais, ninguém pode ser excluído, pois toda exclusão social é uma negação humana. A exclusão mostra o aumento do desemprego e da precariedade devido às novas exigências tecnológico-econômicas da evolução do capitalismo moderno, que tem-se tornado um processo irreversível e cada vez mais acelerado, sendo assim um dos principais riscos na contemporaneidade alimentando a vulnerabilidade Social (MAUER, 2010, p.45).

Através de apropriação na fundamentação teórica que se obteve até então na formação acadêmica e a prática no campo de estágio supervisionado, pode-se fazer uso das competências e atribuições profissionais e Código de Ética profissional do Serviço Social/93 para melhor desempenho ao aplicar o projeto de intervenção, como a escuta sensível¹⁸ e o acolhimento¹⁹, pois, a família necessitou de informações e orientações no andamento do tratamento, indo a busca de subsídios para o enfrentamento desses.

Ao avaliar o projeto de intervenção identificou-se que este teve alcance social nas três famílias visitadas e que todos os objetivos foram atendidos, com as respostas do roteiro de perguntas. Deste modo, espera-se que os profissionais da instituição prossigam no andamento desse projeto, pois, os familiares deixaram explícito que é muito importante ter profissionais do HIG que possam orientá-los, sentindo-se assim, mais confiantes em relação ao tratamento. Portanto a seguir serão expostas as alternativas encontradas que irão dar respaldo aos processos de trabalho das profissionais.

4.3 As Alternativas Encontradas Para o Processo de Trabalho do Profissional

No entanto é de fundamental importância que essas alternativas venham corroborar para aprimoramento das questões abaixo.

- À visita com a proposição de que deixe de realizar algumas atribuições institucionais que não sejam do profissional para executar as que realmente sejam. Muitas vezes o profissional dedica muito do seu tempo realizando transferências de pacientes, pedidos de ambulância, etc., também quando o

¹⁸ A escuta sensível supõe uma inversão da atenção. Antes de situar uma pessoa em seu “lugar” é preciso conhecê-la em seu ser, em sua qualidade de pessoa complexa, dotada de liberdade e de imaginação criadora [...]. O “outro-que-escuta” não tem de dizer a “verdade” nem tem de proclamar “é preciso”. Deve simplesmente, escutar e responder adequadamente à demanda, muitas vezes implícita, do sujeito. É uma decodificação difícil, pois o conhecimento teórico e, até a experiência não bastam para sentir o que se deve fazer. Apenas a escuta sensível que integra, mas ultrapassa tanta experiência anterior quanto o saber psicológico, permite chegar a uma atitude justa e a um comportamento pertinente (TURCK, 2007, p. 07).

¹⁹ O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses mecanismos (MAURER, 2010, p. 56).

profissional irá contatar a rede e quando não é possível realizar o contato pela comunicação via telefone, o profissional perde tempo realizando várias tentativas e assim eliminando bom tempo que disponibilizaria para as atribuições do profissional na instituição do HIG. No entanto os Parâmetros para a Atuação de Assistente Social na Saúde contemplam.

Outra questão é a tentativa de obscurecer a função social na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está em no domínio de teorias que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia no cotidiano de seu trabalho profissional do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento dessas questões. O exercício profissional do assistente social não se reduz à ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina (CFESS, 2009, p. 14).

Deste modo, o Assistente Social desempenha as ações de outras áreas, pela falta de contratação dos profissionais e assim acaba por realiza-las.

- Dar continuidade ao Projeto Visita Recomeço;
- Capacitação e atualização com encontros dos supervisores de campo juntamente com supervisores acadêmicos e supervisionando, complementando com a construção de um plano de estágio junto ao supervisionando;
- Realizar atividades dentro da instituição com demanda na área da Humanização, essa temática estando precária.

Conforme CFESS (2009, p. 26) “o Assistente Social precisa saber o significado da humanização com a equipe a fim de evitar visões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão”. Para poder enfrentar e lidar com as relações de poder como o trabalho e o afeto, com a presença ainda marcante de desafios no sistema de organização na produção da política de humanização. Ainda falando sobre concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde doença, as

condições de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão, nesse sentido compete aos profissionais em arremeter um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença.

O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para que se possa ser consolidada é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. Devem ser elaborados protocolos assistenciais e rotinas de trabalho e investimento na educação permanente das equipes, para repensar o modelo de atenção à saúde, e avaliar constantemente as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo (CFESS, 2009, p. 26).

Por isso, a Política Nacional de Humanização carece ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde, devendo fortalecer a integração de usuários, trabalhadores e gestores, estando presentes nas bases centrais da Política de Saúde, a garantia dos princípios do SUS e devendo ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária. Portanto, a humanização constituindo-se em um todo coerente, tornando-se ações dignas e condizentes com o ser humano, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania dos indivíduos (CFESS, 2009).

Dentro de todo o contexto utilizado em um todo coerente na análise de experiências do HIG, chega-se a finalização, com o processo do trabalho, comprometido com a qualidade da atuação profissional no seu cotidiano na qual foi sistematizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde está em um contexto sempre discutível, em constantes reformulações ou reformas, esse para o aprimoramento do coletivo que são os usuários do SUS, também do tripé da Seguridade Social, no qual fazem parte Assistência Social, Saúde e Previdência Social.

A Constituição Federal de 1988 no art. 196 refere-se ao conceito de Saúde sendo uma questão muito importante a qual contempla que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, com isso garantindo mediante Políticas Sociais e econômicas no qual apontam o risco de doenças e diversos agravos, também ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (CF, 1988). Na Lei 8080/90 no art. 3º “[...], tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, [...]” (CF. 1990).

O Serviço Social está inserido e atuando cada vez mais na área da Saúde, seguindo normas e orientações no qual os Parâmetros de atuação norteiam o profissional em complexos hospitalares ou em outros setores da Saúde, ressaltando o Projeto Ético-Político.

Consiste a necessidade de atenção dos profissionais inseridos nesses espaços sócio ocupacionais, em conhecer a realidade a partir da instrumentalidade e ações investigativas na obtenção de conhecimentos sobre os fenômenos sociais de maior relevância, sendo como objeto do nosso trabalho a Questão Social, em suas particularidades e múltiplas expressões.

O profissional do Serviço Social tem como desempenho atuar na intervenção junto aos familiares dos usuários/pacientes de substâncias psicoativas, como parte de recuperação dos mesmos, reconstruindo vínculos que anteriormente podem estar fragilizados ou rompidos, tendo uma idéia global de que não se trata somente do usuário/paciente estar doente, mas sim o complexo todo da família e necessitando de recuperação, orientações de como proceder com o membro da família que no momento está fragilizado necessitando de compreensão e colaboração de todos.

O Assistente Social em seu processos de trabalhos tem que estar atualizado em seus contextos, tendo a instrumentalidade e operacionalização para melhor atender as demandas que surgem no decorrer do seu dia-a-dia na instituição e aos usuários/pacientes que necessitam de intervenção do profissional bem como,

orientações sobre os direitos sociais, encaminhamentos de benefícios ou articulado as redes de atuação. Colocando como perspectiva a formação continuada, para que, se possa supervisionar de melhor forma seu supervisionando de campo e assim construindo um melhor plano nos quais ambos possam orientar-se.

O Estágio Supervisionado está constituindo num processo de aprendizado indispensável de preparação para enfrentamento dos vários desafios nos espaços sócio-ocupacionais, em organizações públicas e privadas. Assimilando a teoria e a prática, observando peculiaridades da profissão e a realidade do cotidiano, com iniciações de reflexões críticas e profissionais que fomentam a identidade profissional direcionada pelo projeto ético-político do Serviço Social.

Portanto, a experiência no campo de estágio e os conteúdos estudados no decorrer dos quatro anos do curso possibilitaram fazer uma reflexão crítica e elaborar o trabalho final.

Assim este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo central apontar as estratégias de intervenção utilizadas pelos Assistentes Sociais no HIG e propor novas alternativas para a ação profissional.

Neste sentido como alternativas para as profissionais do Serviço Social:

- De mais Visitas Domiciliares;
- Dar continuidade no Projeto de Intervenção Visita Recomeço;
- Capacitação e atualização com encontros dos supervisores acadêmicos, supervisores de campo e estagiários;
- Realizar atividades dentro da instituição, bem como, as demandas na área da humanização.

REFERÊNCIAS

AMARO, Sarita, **Visita Domiciliar**: Guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE, 2003.

BISNETO, José Augusto, **Serviço Social e Saúde Mental**; uma análise institucional da prática/ José Augusto Bisneto. – 3. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Presidência da República, Casa Civil**: subchefia para Assuntos Jurídicos, Lei nº 7210, de 11 de Julho de 1984, Instituição Penal. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm; acesso em 11 e 2 fev. 2014, as 00h22min.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em 26 de Nov de 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 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 da outras providências.

_____. Ministério do Desenvolvimento de Combate a Fome, Busca Ativa: disponível em <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/superacao-da-extrema-pobreza%20/plano-brasil-sem-miseria-1/busca-ativa>. Acesso em 13 de Março de 2014.

BRAVO, Maria I. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **O Serviço Social e reforma sanitária**: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. (org.) **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

CFESS. **Parâmetro para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** (Versão Preliminar). Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, Março de 2009.

_____. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. **Resolução CFESS nº 273**, de 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/94 e nº 293/94.

CRESS. Lei N. 8662/93. **Lei de Regulamentação da Profissão**. Porto Alegre: CRESS 10ª Região, 2009.

_____.Lei N. 8662/93. Lei de Regulamentação da Profissão. In: CRESS. **Coletânea de Leis**. Porto Alegre: CRESS 10ª Região, 2005.

_____.Lei N. 10.216/2001. Lei sobre a Proteção e Direitos das pessoas Portadoras de Transtornos Mentais. In: CRESS. **Coletânea de Leis**. Porto Alegre: CRESS 10ª Região, 2009.

ESTATUTO DA FUNDAÇÃO IVAN GOULART 1985. Disponível em <<http://www.flashsb.com.br/hospitalivangoulart/>>. Acesso em 26 08 2013.

FRAGA, Cristina Kologeski. Atitude investigativa no trabalho do Assistente Social. In **Serviço Social & Sociedade**. . Nº 101. Jan./Mar. Cortez: São Paulo, 2010.

GALDURÓZ, José C. F: Epidemiologia **do uso de substâncias psicoativas no Brasil**: peculiaridades regionais e populações específicas. SUPERA, capítulo 2, módulo I, 2008;

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

GUERRA, Yolanda. O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. In: **Serviço Social & Sociedade**. Nº 91. ANO XXVIII – setembro. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda. V e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 16. ed. São Paulo. Cortez. 2000.

IAMAMOTO. Marilda V. O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação profissional/ Marilda Villela Iamamoto. – 9. Ed. – São Paulo, Coertz, 2005.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão Social / Marilda Villela Iamamoto. – 2. Ed – São Paulo: Cortez, 2008.

JURISWAY. **Direitos dos Presidiários à luz da Constituição Federal de 1988 e das Legislações Ordinárias:** Código Penal e Lei de Execução Penal (lei 7.210 de 1984). Disponível em http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=6082 ; Acesso em 12 de fev de 2014 as 00:57.

KERN, Francisco A. A visita domiciliar como estratégia de intervenção In; MENDES, Jussara R. M.; AGUINSKY, Beatriz g.; PRATES, Jane C. **O Sistema Único de Assistência Social:** Entre a fundamentação e o desafio da implantação. Porto Alegre: EDIPURCS, 2009.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto.** 7 ed. Rio de Janeiro. Paz e terra, 2002.

LEFEBVRE, H. (1991). **A Vida Cotidiana no mundo moderno.** Trad. Alcides João de Barros. São Paulo, Ática.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de Estágio em Serviço Social:** desafios para formação e exercício profissional – São Paulo: Cortez, 2009.

MARTINELLI, Maria L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. In: **Serviço Social & Sociedade.** Nº 107. Jul./set. Cortez: São Paulo, 2011.

MARTINELLI, Maria L.; ON Maria L.R.; MUCHAIL, Salma. T.; O Uno E O Múltiplo nas Relações entre as Áreas do Saber. In: BAPTISTA, Myrian V. **A ação profissional no cotidiano.** 2. ed. São Paulo, Cortez, 1998.

MARX, Karl. **O capital:** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. Livro 1, v.1

MAURER, Claudia. **O Processo de Trabalho Do Assistente Social na Saúde:** Limites e Possibilidades Enfrentamento da Dependência Química. Trabalho Final de Graduação. UNIPAMPA, São Borja, 2010.

MELLO, Cristiane Ferra Quevedo de. **O trabalho do assistente social no contexto hospitalar:** uma análise na perspectiva do trabalho em equipe. Dissertação de Mestrado. PUC. Porto Alegre, 2012.

MENEZES, Juliana S.B. O Conselho Nacional de Saúde na Atualidade: Reflexão sobre os Limites e Desafios. In: BRAVO, Maria I.S; MENEZES, Juliana S.B. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: Desafios Atuais**. São Paulo: Cortez, 2012.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e Serviço Social – contribuições para o debate. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 55, 1997.

OLIVAR, M, S, P; VIDAL, D, L, C. O trabalho dos Assistentes Sociais em hospitais de emergência In: *Revista do Serviço Social e Sociedade*, edição 92, p. 140 a 155, 2006.

OLIVEIRA. Claudete J. O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo Estado brasileiro. In: BRAVO, Maria I. S. (org.) **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

PIEVE, Denise da Fonseca da; OLIVEIRA, Fabiana Aguiar de; MORAIS, Liriane Guimarães; KOCOUREK, Sheila. O Processo de Trabalho do Assistente Social na Área da Saúde. In: OLIVEIRA, Simone Barros; CUNHA, LizianeGiacomelli Henriques da; LERSCH, Cíntia Saldanha. *A Diversidade de atuação do Serviço Social: Desvelando o Processo de trabalho*. – Porto Alegre: Faith, 2010. 160 p.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social: Um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

ROCHA, Simone Rocha da. **Possibilidades e limites no enfrentamento da vulnerabilidade social e juvenil: a experiência do programa agente jovem em Porto Alegre**. Faculdade de Serviço social. Pontifca Universidade Católica de Rio Grande do Sul. PURCS. Porto Alegre, 2007. (Tese de Doutorado).

SARMENTO. HekberBoska de Moraes. Instrumental Técnico e o Serviço Social. In: **A dimensão técnico-operativa no Serviço social: desafios contemporâneos**/ Claudia Monica dos Santos; Sheila Backy; Yolanda Guerra (Organizadora). – Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012.

SILVA, Fernando Amarante; SILVA ELI Sinnot; OLIVEIRA, Guiomar Francisca Teixeira de. CRACK. In: **Uso de Drogas Psicoativas: Teorias e métodos para Multiplicador Prevencionista**. Fernando Amarante Silva, Eli Sinott Silva e Joaquim Saundaj Medina Organizadores). – 2ª Ed. rev. E ampliada – Rio Grande: SEMPRE, 2012. 308p.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 9. Ed. São Paulo: Malheiros, 1992.

SOBRINHO. Pilau, L. L. **Direito à Saúde: Uma Perspectiva Constitucionalista**. UPF, 2003. Brasil.

SOUZA. Maria Luiza de. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação**: 10 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. Desvendando o significado do instrumental técnico-operativo na prática profissional do serviço Social. Rio de Janeiro: UFRJ, Escola de Serviço Social, 1999.

TURCK, Maria da Graça Maurer Gomes. Processo de Trabalho do Assistente Social elaboração de documentação: Implementação e aplicabilidade. 2. ed. Porto Alegre: Graturck, 2007. 59 p. (caderno Graturck, 1).

WITHIUK, Ilda Lopes. **Serviço Social e Saúde**: processo de trabalho do assistente social. Disponível em: http://www.cpihts.com/2003_07_06/SSS.htm. Acesso em: 14 de novembro de 2013.

VELOSO, Laís; CARVALHO, Jane; SANTIAGO. Redução dos danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, Maria I. S. (org.) **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.