



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Trabalho, questão social e serviço social.

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS EM AVC

Ana Gabriela Brock¹
Carmen Lucia Nunes da Cunha²
Joelsa Azevedo de Farias³
Vanessa Siqueira Selau⁴

Resumo: Este artigo apresenta um relato de experiência das autoras em equipe multiprofissional na assistência aos usuários acometidos por AVC em hospital de alta complexidade de Porto Alegre. Serão abordadas as dificuldades e estratégias neste espaço sócio-ocupacional, em um contexto de retração de investimentos e precarização das políticas públicas.

Palavras-chave: serviço social; sistema único de saúde; trabalho multiprofissional

Abstract: This article presents an experience report of the authors in a multiprofessional team working with users who had stroke in a high complexity hospital in Porto Alegre. The difficulties and strategies in this socio-occupational space will be addressed, in a context of a retraction of investments and precariousness of public policies.

Keywords: social service; health unic system; multiprofessional work

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde aparece como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, marcado pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, proporcionando o acesso universal ao sistema público de saúde. Entretanto, a saúde percorreu um longo processo, marcado por lutas e disputas de projetos societários distintos, até ter seu caráter de direito universal. Anteriormente, vigorava a Lei nº 6.349/1977, que determinava que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) deveria atender somente os brasileiros contribuintes da Previdência e seus dependentes, os demais dependiam de vagas em instituições filantrópicas. Nestas condições, o trabalho do assistente social era o de realizar a seleção de demandas, pois a procura pelos serviços de saúde era maior do que a oferta. O trabalho dos assistentes sociais tinha como objetivo “viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios” (BRAVO; MATOS, 2004, p.29).

Foi um acontecimento importante na reestruturação da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária que surge no contexto da ditadura, em 1970 e que tinha como bandeiras

¹ Estudante de Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, E-mail: ccunha@hcpa.edu.br.

² Profissional de Serviço Social, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, E-mail: ccunha@hcpa.edu.br.

³ Profissional de Serviço Social, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, E-mail: ccunha@hcpa.edu.br.

⁴ Estudante de Graduação, Centro Universitário Metodista IPA, E-mail: ccunha@hcpa.edu.br.

de luta (FINKELMAN, 2002): o reconhecimento da saúde como direito universal e a melhoria das condições de vida da população; a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade e a responsabilidade do Estado na provisão das condições de acesso a esse direito. Essa reformulação foi muito importante para o Serviço Social, pois aconteceu no mesmo período em que a categoria - embasada na teoria social crítica - atingiu sua maturidade com um “posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais” (CRESS, 2005, p. 21), e conquista sua hegemonia enquanto categoria identificada com “um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero” (CRESS, 2005, p. 21).

Anos mais tarde o Serviço Social elabora os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Área da Saúde, documento construído a partir de ampla participação da categoria profissional e promulgado pelo CFESS, em 2010, orientado que os profissionais que trabalham neste contexto dispõem de atribuições específicas e atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

O presente trabalho traz um breve relato sobre a experiência de inserção das autoras em equipe multiprofissional na saúde, mais especificamente, na unidade de cuidados especiais em AVC (UCE) de um hospital de alta complexidade, na cidade de Porto Alegre, onde desempenham suas atividades na assistência, ou seja, no atendimento direto aos usuários e na formação profissional por tratar-se de um hospital escola cuja missão é “ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação”. O Serviço Social integra diferentes equipes de trabalho nesta instituição e, na experiência específica relatada neste resumo, insere-se em equipe multiprofissional na assistência aos usuários internados por AVC.

A EXPERIÊNCIA EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM AVC

Considerando a alta prevalência do AVC e sua importância como causa de morbidade e mortalidade no Brasil⁵ e no mundo, o Ministério da Saúde estabeleceu, através da Portaria Nº 665, de 12 de abril de 2012, a Linha de Cuidados para o atendimento aos usuários acometidos pela doença, que deve ocorrer de forma intersetorial, articulando a Rede Básica de Saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades

⁵ Por mais de 20 anos, o AVC (Acidente Vascular Cerebral) esteve em primeiro lugar entre as causas de mortes dos brasileiros. Desde 2011, esse número mudou. Em primeiro lugar está o infarto, em segundo o AVC, em terceiro os traumas (acidentes e armas de fogo) e em quarto o câncer (MARTINS, 2016, p.1).

Hospitalares de Emergência, os leitos de retaguarda, a reabilitação ambulatorial e os Programas de Atenção Domiciliar.

Em Porto Alegre um hospital de alta complexidade criou, em 2013, a Unidade de Cuidados Especiais em AVC (UCE) atendendo o preconizado pela Portaria e promovendo o cuidado através de equipe multiprofissional composta por assistente social, médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico, técnicos de enfermagem e funcionários administrativos, com o objetivo de prestar uma assistência integral aos usuários. Esta unidade tem o objetivo de dar continuidade ao tratamento da fase aguda do AVC, reabilitação precoce e investigação etiológica completa, estando habilitada, desta forma, como Centro de Atendimento de Referência em AVC.

É importante ressaltar que a internação na UCE ocorre quando o usuário já não está mais na fase aguda do evento⁶ e tem alta do Serviço de Emergência (SE), ou ainda, do Centro de Terapia Intensiva (CTI). O intuito dessa internação é realizar a reabilitação das sequelas ocasionadas pelo AVC e seguir com a investigação etiológica do evento, dentro da perspectiva de trabalho multiprofissional e do princípio de integralidade do SUS, conforme o preconizado pela linha de cuidado.

Segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe que se realiza nos serviços de saúde consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes, portanto, é a comunicação entre os agentes, a valoração atribuída a cada trabalho especializado, a existência de um projeto assistencial comum e a autonomia técnica de cada profissional na execução de suas ações que nos permitem identificar se este trabalho assume a característica de equipe integração ou equipe agrupamento.

A perspectiva de trabalho adotada pela equipe da UCE é multiprofissional e torna-se relevante diferenciar da perspectiva de trabalho interdisciplinar. Conforme Minayo (1991), a primeira abordagem faz referência ao trabalho em equipe composta por diversos profissionais de diferentes áreas de saber, cada um atuando de acordo com a sua especialidade, de forma individual; ou seja, o processo de assistência é fragmentado. Já a segunda implica na interação entre diferentes áreas do saber, sob a perspectiva de compartilhamento de saberes e experiências, trabalhando de forma integrada no atendimento direto aos usuários, o que garante maior apreensão dos profissionais da equipe acerca das outras áreas de saber, refletindo no seu atendimento.

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o assistente social deve buscar a atuação em equipe tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde, bem como estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que

⁶ Evento refere-se ao AVC.

fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais (CFESS, 2010, p.30). Entretanto, na prática, não é isto que vem acontecendo.

A partir disso, considera-se que o trabalho na UCE ocorre de forma multiprofissional e não de forma interdisciplinar. Diariamente ocorrem rounds multiprofissionais, onde os especialistas das diferentes áreas repassam as situações dos usuários internados na unidade, suas intervenções e encaminhamentos. Porém, o que se vivencia, no cotidiano, são reuniões médico-centradas, onde os médicos relatam as situações, seus encaminhamentos, previsões de alta e esperam, a partir disso, que os demais profissionais deem conta de suas demandas neste período, não existe uma articulação entre os profissionais mais efetiva no cuidado.

Alguns fatores que contribuem para a manutenção desta situação são: a) o intenso processo de especialização e fragmentação na área da saúde, que tende a “aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes” (PEDUZZI, 2001, p.103); b) a extrema valorização do saber médico, em detrimento dos demais saberes, e a manutenção de relações hierárquicas bem definidas entre médicos e não-médicos, desconsiderando a necessidade de complementaridade das profissões para atingir um objetivo comum, neste caso específico, a alta hospitalar qualificada.

Soma-se, ainda, para a sustentação desta condição, a crescente precarização das condições de trabalho, um reflexo da conjuntura atual vivenciada no país, conforme aborda Pochmann (2017), com a ascensão do neoliberalismo, a partir de 2016, e a conseqüente mercantilização das políticas públicas. Os profissionais, sobretudo os assistentes sociais, vivenciam diversos aspectos de diminuição da contratação de profissionais capacitados para suprir as necessidades institucionais, impactando diretamente na qualidade dos serviços de saúde prestados. Um exemplo disso é que na UCE os atendimentos são realizados apenas por uma assistente social, entretanto, diferente do que está previsto na portaria, a mesma não possui dedicação exclusiva, atuando em outras unidades do hospital, em plantões semanais e também fazendo parte da comissão de estágio em Serviço Social da instituição.

Ademais, atualmente a unidade em questão conta somente com enfermeiros e fisioterapeutas em dedicação exclusiva e não disponibiliza serviço de terapia ocupacional, não estando, desta forma, de acordo com o preconizado na Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁷. Sendo assim, a escassez de recursos humanos para dar conta da assistência em AVC, impacta na integralidade do cuidado em saúde, o qual acaba se tornando deficitário na

⁷ São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010)

atenção

hospitalar.

O princípio da integralidade, juntamente com os princípios da universalidade e da equidade, objetivam garantir ao indivíduo o acesso à saúde, sendo entendido como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (LOS, 1990, p. 3). Porém,

[...] apesar da integralidade ser um dos pilares do SUS, na prática a integração e articulação dos serviços de saúde ainda não se realizou. A lógica do encaminhamento e da desresponsabilização, bem como a hegemonia do modelo biomédico e a consequente fragmentação dos cuidados se mostram vigentes no cotidiano dos serviços. (ACOSTA, 2016, p. 37).

O CFESS entende como indispensável a ação dos assistentes sociais na construção da integralidade em saúde, onde o objetivo da profissão, passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões (CFESS, 2010). É importante destacar que a integralidade não é atributo específico de um determinado serviço de saúde ou de uma determinada profissão, ao contrário, depende de uma articulação entre diferentes serviços da rede e diferentes práticas profissionais interdisciplinares.

A Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde ocorrida em 1986 na cidade de Ottawa discutiu a saúde como “qualidade de vida condicionada por vários fatores, tais como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social” (BACKES et. al, 2009, p. 112). Isso implica assistir o sujeito segundo suas necessidades particulares e em todos os ciclos de vida, considerando que ele está inserido em um contexto social, familiar e cultural o qual interfere em sua qualidade de vida. Os dados mostram que a mortalidade em decorrência de AVC varia, consideravelmente, em relação ao grau de desenvolvimento socioeconômico, por isso se faz cada vez mais necessário o desvelamento dos determinantes sociais e seus impactos diretos na saúde da população.

Nesse sentido, o Serviço Social se propõe a realizar um atendimento inicial a todos os usuários que internam na UCE, com a intenção de fazer a acolhida inicial e a partir disso identificar as demandas emergentes em cada situação. Utiliza-se a entrevista como instrumento de mediação no processo de aproximação e compreensão do contexto social e suporte familiar, pois se compreende que a entrevista é “um dos instrumentos que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos” (LEWGOY, SILVEIRA. 2007 p. 235).

Na realidade deste hospital de alta complexidade, com grande rotatividade de

usuários oriundos do SUS, a demanda mais aparente aos profissionais é o planejamento da alta, garantindo uma rápida desospitalização e liberação de leitos. O que implica diretamente no trabalho dos assistentes sociais que são tensionados a uma rápida resolatividade das demandas identificadas, deste modo, observa-se que, quanto mais cedo ocorre a aproximação com o usuário, mais rápido identifica-se as necessidades.

No ano de 2018 foram registrados 242⁸ atendimentos do Serviço Social na UCE, a maioria destes (65%) aconteceu em até três dias após a chegada do usuário. No primeiro trimestre de 2019 percebeu-se a diminuição no tempo de realização do acolhimento devido a inserção de estagiárias de serviço social na unidade. Quanto ao perfil dos usuários atendidos, existe uma paridade entre os sexos, sendo 54% do sexo masculino e 46% do sexo feminino, a partir de revisão de prontuários 80% destes estão identificados como sendo brancos em contrapartida a 14% negros e 5% pardos, o que representa uma contradição se comparada às informações contidas na literatura básica sobre AVC⁹.

É expressivo o número de usuários idosos atendidos, representando 70% do total, com média de idade entre 60 e 70 anos (35%), corroborando os dados da literatura que indicam que a maior prevalência do AVC é entre a população idosa; a grande maioria, 65% dos usuários, é de Porto Alegre, sendo o restante de municípios da região metropolitana. 55% dos usuários são casados, 19% são viúvos e 13% solteiros.

Uma das demandas mais comuns ao serviço social é identificar a rede de apoio familiar, planejando, desta forma, o cuidado após a alta hospitalar, pois o AVC é uma doença que costuma deixar sequelas que limita o usuário e causa uma dependência da família para as atividades da vida diária. Em geral, os cuidadores informais são membros da família, não possuem uma qualificação técnica específica para o cuidado, e o aprendizado ocorre na prática diária. Segundo os dados referentes aos atendimentos na UCE em 2018, em 70% das situações as cuidadoras são do sexo feminino (esposas, filhas, noras ou mães).

A tarefa do cuidado é, historicamente, atribuída às mulheres, desde o nascimento dos filhos até o cuidado com os idosos, independente de sua participação de forma ativa no mercado de trabalho para garantir a sobrevivência da família. Enquanto que as mulheres destina-se o papel de mãe e cuidadora, aos homens destina-se o papel de provedor, aquele que é liberado das tarefas domésticas, da criação dos filhos e cuidados com a família em situações de adoecimento.

É uma realidade nos atendimentos da UCE os usuários que não possuem uma fonte

⁸ Este número corresponde aos registros da assistente social responsável pela unidade, sistematizados através de um banco de dados anual de seus atendimentos. Não representando a totalidade dos usuários atendidos pela equipe assistencial da UCE.

⁹ Sobre essa afirmação, sugere-se ler: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01201.pdf>

de renda própria dependendo da renda de terceiros para se manterem. Em relação a renda, 50% dos usuários atendidos relataram possuir renda de 1 salário mínimo por mês e a renda familiar é em média de 1 e 3 salários mínimos. Considerando a renda familiar e a necessidade de cuidado, uma das estratégias das famílias frente ao adoecimento é adotar como cuidador um dos membros da família, que agrega mais esta tarefa as demais que já desempenha cotidianamente, ou, em situações mais extremas, deixam de realizar um trabalho remunerado, formal ou informal, para assumir esta responsabilidade.

Apurou-se que 80% (191 usuários) não estavam desempenhando nenhuma atividade remunerada antes do AVC e outros 20% (51 usuários) estavam trabalhando, destes, 12% com emprego formal, 5% de forma autônoma e 3% eram trabalhadores informais. Dos 191 usuários que não estavam exercendo nenhuma atividade remunerada, 87% possuíam renda, destes 64% tinham como fonte de renda a aposentadoria, seguidos dos usuários que estavam recebendo auxílio doença, pensões e o benefício de prestação continuada (BPC)¹⁰.

O tempo de permanência médio na UCE, em 2018, foi de 10 dias, esse dado representa uma mudança se comparado ao tempo de permanência do usuário com AVC na instituição antes da criação da unidade, que era significativamente superior. Se comparado ao dado até agora apurado referente ao ano de 2019 verifica-se que em 39% das situações o tempo médio de permanência foi superior a 10 dias, devido ao agravamento das condições de saúde dos usuários que acessam a unidade.

Outros atendimentos frequentes dizem respeito a orientações de acesso a medicamentos e demais equipamentos pelo SUS; orientações de fluxos de atendimento no SUS; orientações previdenciárias; encaminhamento para a rede socioassistencial; encaminhamentos ao Ministério Público e Defensoria Pública. Faz-se necessário articular as ações dos assistentes sociais que atuam na área hospitalar com as demais redes de proteção social, como a sociojurídica, de assistência e previdência social, considerando estes setores e instituições como fundamentais para o cuidado e a manutenção da saúde. O trabalho do assistente social na UCE está na mediação entre o paciente e seu território, visando o acesso deste aos recursos relacionados ao tratamento e a manutenção de sua saúde após alta hospitalar considerando a necessidade da intersectorialidade das Políticas Públicas, a fim de dar conta das complexas demandas decorrentes de AVC.

Considerando a Política de Saúde chama à atenção a quantidade de encaminhamentos feitos pelo Serviço Social da UCE solicitando a continuidade do atendimento dos usuários na atenção básica e/ou reforçando a vinculação destes com a

¹⁰ Art. 20. O BPC é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover sua própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. (Redação dada pela Lei nº12.435, de 2011)

unidade de saúde de referência do território de origem, pois os dados mostraram que 43% dos usuários relataram não possuir vínculo com sua unidade de saúde. Ao observarmos a Política de Saúde veremos que a família aparece como colaboradora nos programas públicos destinados aos usuários do SUS, principalmente nas situações de desospitalização, como, por exemplo, no Programa Melhor em Casa, que consiste em

[] um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar. (BRASIL, 2013)

Mas, para que ocorra este atendimento, no domicílio, para as pessoas que se encontram acamadas, pacientes crônicos, com necessidades de reabilitação motora, ou em situação pós-cirúrgica, é necessário que o usuário tenha um cuidador, familiar ou contratado para este fim, pois este, independentemente do grau de complexidade do cuidado, deverá ser capacitado pela equipe multiprofissional do Programa para realizar o cuidado em casa. A implantação do Programa Melhor em Casa dá ênfase

[] a redução na ocupação de leitos hospitalares, a economia de até 80% nos custos de um paciente, se comparado ao custo desse mesmo paciente quando internado na unidade hospitalar e a redução das filas de urgência e emergência já que a assistência, quando houver a indicação médica, passará a ser feita na própria residência do paciente, desde que haja o consentimento da família (MIOTO, 2010, p. 159).

Portanto, o Programa Melhor em Casa elege um determinado tipo de família, a família nuclear burguesa, desconsiderando novos arranjos familiares onde não há a presença de um mesmo cuidador 24 horas por dia que possa ser treinado, seja pela necessidade econômica, realização de trabalho remunerado ou revezamento do cuidado entre seus membros.

Outro programa que tem o foco centrado na família, como o próprio nome já sinaliza, é o Programa Saúde da Família (PSF), uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência à saúde no país, que busca imprimir uma “nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 2000, p. 10). No PSF

[] o papel do profissional de saúde é o de aliar-se a família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas. (BRASIL, 2000, p.10).

Percebe-se que a política pública deposita nas famílias a responsabilidade pelo bem-estar de seus membros, o que corresponde a uma menor provisão por parte do Estado e uma forte presença do mercado. Esta é a ideia central da proposta familista (Miotto, 2010)

que reside na afirmação de que existem dois canais tidos como naturais para a satisfação das necessidades dos indivíduos: a família e o mercado, e a interferência pública só deve acontecer, e de maneira transitória, quando estes dois canais falharem.

Pode-se dizer, neste contexto, que é a família que “cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser um refúgio num mundo sem coração é atravessada pela questão social”. (MIOTO, CAMPOS, LIMA, 2004, Apud MIOTO, 2010, p. 168). Cabe às famílias assumirem a responsabilidade pelo cuidado e proteção de seus membros, tenham elas, ou não, condições físicas, emocionais ou financeiras.

Acredita-se que a proteção social não pode ser uma atribuição restrita apenas às famílias, que muitas vezes são chamadas a prover necessidades e cuidados que vão muito além de suas possibilidades individuais de resposta. Neste sentido, os assistentes sociais necessitam compreender o processo de constituição das famílias e os papéis atribuídos aos seus membros, bem como suas novas configurações as expectativas e exigências que a política de saúde nelas deposita, para que possam intervir com qualidade, pautados por um referencial teórico crítico, alicerçados pelo projeto ético-político da profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se a importância de inserção do assistente social em equipe multiprofissional de assistência aos usuários com AVC, pois é ele quem traduz para a equipe as demandas e necessidades dos usuários, quem articula e orienta o acesso aos recursos e serviços da rede, além da valiosa contribuição para a instituição, que busca constantemente, a redução do tempo de internação, ao mesmo tempo em que pretende evitar reinternações desnecessárias, oriundas de altas precoces e mal orientadas. Entretanto, são muitos os desafios enfrentados pela categoria neste espaço sócio-ocupacional, principalmente, no que tange a superação do trabalho médico-centrado, para a efetivação de um trabalho multidisciplinar, com integração das ações assistenciais e a garantia do princípio da integralidade no atendimento aos usuários.

Evidenciam-se, também, as dificuldades na dinâmica de reorganização familiar para dar suporte a demanda do cuidado, o qual não deveria ser exclusivo das famílias. Entretanto, em um contexto de contingenciamento de gastos nas políticas públicas, os serviços que compõem a rede de saúde encontram-se precarizados, gerando uma demanda de atendimento expressivamente maior do que seus recursos financeiros e humanos. Compreende-se que este hospital, por ser um componente da Rede de Atenção à Saúde, também sofre com a precarização, o que reflete na falta de recursos humanos suficiente para dar conta das demandas apresentadas, logo, esse contexto exige dos profissionais da

saúde uma postura crítica para o enfrentamento e resistências frente a essas situações, visando a garantia de acesso aos direitos dos usuários.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. **Transição Do Cuidado De Pacientes Com Doenças Crônicas: Do Serviço De Emergência Para O Domicílio**. Tese de Pós- Graduação em Enfermagem. Porto Alegre. 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/152735/001009949.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 29 de maio de 2019. Acesso em: 29 de maio de 2019.

BACKES, M.T.S.; ROSA, L.M.; FERNANDES, G.C.M.; BECKER, S.G., MEIRELLES, B.H.S.; SANTOS, S.M.A. **Conceitos de saúde e ao longo da história sob o olhar epidemiológico doença e antropológico**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, Senado, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, Senado, 1990.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social nº 12.435, de 06 de julho de 2011**. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: 2000. Disponível em: http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/odonto/saude_coletiva/caderno_atenc_ao_basica_saude_familia.pdf. Acesso em: 23 de maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 23 de maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>>. Acesso em: 10 de junho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza (org.). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: 2010.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

LEWGOY, A. M.; SILVEIRA, E. M. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 6, n. 2, 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Que família é essa?** In: WANDERLEY, M. B.; OLIVEIRA, I. I. Trabalho com família. São Paulo: IEE-PUC-SP, 2004a. p. 14-17.

MIOTO, R. C. **Família, trabalho com famílias e Serviço Social**. Palestra proferida na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina: Serviço Social em Revista, v. 12, nº 2, 2010.

MINAYO. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, v. 24, n. 2, p. 70-77. 1991.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, p. 103-109, 2001.

POCHMANN, M. Estado e capitalismo no Brasil: A inflexão atual no padrão das Políticas Públicas do ciclo político da nova república. **Revista Educ. Soc.**, Campinas, v. 38, nº. 139, p.309-330, abr.-jun., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v38n139/1678-4626-es-38-139-00309.pdf> . Acesso em: 02 de junho de 2019.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos**. In: SILVA, S. F.. (Org.). Redes de atenção à saúde: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008. p. 69-85.