



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: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-eixo: Ênfase em Trabalho profissional.

O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA ADULTO CIRÚRGICO: O CUIDADO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO INTEGRAL

Renata Dutra Ferrugem¹
Edilene Bernardo da Silveira Machado²
Fernanda Guadagnin³
Jessica Mabel Soares Teixeira Menezes⁴

Resumo: O artigo apresenta a sistematização do trabalho dos/as assistentes sociais aos/às usuários/as acompanhados/as na área adulto cirúrgico de um hospital de alta complexidade do Rio Grande do Sul. Buscar-se-á realizar a discussão acerca dos desafios na atenção hospitalar bem como a contribuição do Serviço Social na atenção integral a esses sujeitos, através de experiências desenvolvidas na área.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Integralidade, Atenção Hospitalar, Trabalho do/a Assistente Social, Área cirúrgica.

Abstract: The article presents the systematization of the work of the social workers to the users accompanied in the adult surgical area of a highly complex hospital in Rio Grande do Sul. The main purpose is to discuss about the challenges present in hospital care as well as the contribution of the Social Service in the integral attention to these patients, through experiences developed in the area.

Keywords: Unified Health System, Integrality, Hospital Attention, Work of the Social Worker, Surgical area.

Introdução

A Política Nacional de Saúde no Brasil está ancorada na Constituição Federal de 1988, na qual Saúde passa a ser um Direito Social, compondo a Seguridade Social. Entende-se aqui Seguridade Social de forma ampliada (CFESS, 2000), para além do tripé disposto na Constituição de 1988 (Saúde, Assistência Social e Previdência), compreendendo que todos os direitos

¹ Profissional de Serviço Social. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: <rferrugem@hcpa.edu.br>.

² Estudante de Pós-Graduação. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: <rferrugem@hcpa.edu.br>.

³ Estudante de Pós-Graduação. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: <rferrugem@hcpa.edu.br>.

⁴ Profissional de Serviço Social. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: <rferrugem@hcpa.edu.br>.

(educação, trabalho, moradia, dentre outros) devem compor o sistema de proteção.

Cabe ressaltar que a conquista da Saúde enquanto direito de todos e dever do Estado decorre do amplo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), construído por trabalhadores/as, usuários/as e movimentos sociais, entre as décadas de 70 e 80. Além da concepção da saúde como direito, o MRSB difundiu uma nova forma de conceber saúde, onde a preocupação central passa a ser a Determinação Social do Processo Saúde-Doença.

Como resposta da luta travada por este movimento, em 1990 é promulgada a Lei 8080, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Tal legislação é um marco na história da Política de Saúde Brasileira, em conjunto com a Lei 8142/90, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do SUS e transferências de recursos na área da saúde. Desta forma, as Leis Orgânicas da Saúde definem os princípios doutrinários do SUS e demais aspectos referentes à concepção e organização deste Sistema, assim como sinalizam sobre a necessidade da integralidade de assistência em todos os níveis de complexidade.

A partir deste contexto, o presente artigo objetiva apresentar uma breve sistematização do trabalho profissional dos/as assistentes sociais na atenção integral aos/às usuários/as acompanhados/as na área adulto cirúrgico de um hospital de alta complexidade do Rio Grande do Sul. Inicialmente, cabe pontuar o trabalho do/a assistente social na Atenção Hospitalar, entendendo este espaço sócio-ocupacional permeado de potencialidades e desafios. Na sequência, alvitra-se discutir acerca do trabalho do/a assistente social no atendimento aos/às usuários/as acompanhados/as por equipes cirúrgicas.

Por fim, serão explicitadas brevemente algumas experiências de inserção deste profissional no acompanhamento aos/às usuários/as atendidos/as por algumas equipes, sendo elas: Neurocirurgia; Ortopedia e Traumatologia; e Cirurgia Bariátrica. Em síntese, almeja-se contribuir para a reflexão do trabalho do/a assistente social nesta área tão desafiadora, mas que através do trabalho que em sido realizado percebe-se a contribuição do Serviço Social para a atenção integral no cuidado em saúde a esses sujeitos.

1. A Política de Saúde e o desafio da integralidade na atenção hospitalar

O/a assistente social se insere na área da saúde a partir do entendimento ampliado de saúde, a qual para além da ausência de doenças diz respeito a compreensão e os impactos da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. Este conceito tem como principal marco o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que, após muita luta dos movimentos sociais, de trabalhadores/as e usuários/as, possibilitou a instituição da Lei Nº 8080 de 1990, definindo a saúde como direito de todos/as e dever do estado.

Como fruto destas mobilizações em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que trouxe como marco a aprovação do conceito ampliado de saúde, entendendo-a como resultado “das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”(BRASIL, 1986, p. 4). Na Legislação do SUS destacam-se fatores determinantes e condicionantes, no entanto, os mesmos não estão isolados, sendo imprescindível apreender a Determinação Social da Saúde. Nesse sentido, a corrente médico-social latino-americana contribui com a leitura da Saúde Pública a partir de uma perspectiva crítica ancorada no materialismo histórico, enfatizando os processos de produção e reprodução social, assentando no ‘processo de trabalho’ uma significativarelevância sobre a determinação do processo de adoecimento (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 72).

Deste modo, a saúde da população vai refletir a forma como determinada sociedade se organiza, pois “a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico” (BRASIL, 2010, p.9). Ao compreender que saúde diz respeito a este processo de Determinação Social, entende-se que não é possível atender às demandas dos sujeitos de forma isolada e uniprofissional. Pensar o trabalho na saúde implica, obrigatoriamente, uma atenção integral e interprofissional, por mais que o modelo societário vigente capitalista não contribua para uma visão de totalidade, fragmentando os sujeitos, serviços e atendimentos em saúde. Nesta perspectiva, é fundamental que o trabalho esteja pautado no princípio da integralidade, de

modo que os sujeitos sejam compreendidos na sua totalidade. Igualmente fundamental é o trabalho do/a assistente social junto aos/aos usuários/as e suas famílias para apreender criticamente as expressões da questão social contribuindo para o acesso à saúde, em conjunto com as demais equipes e políticas públicas.

A integralidade constitui um dos princípios da Lei Orgânica de Saúde, sendo entendida como o “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” (BRASIL, 1990). Para além da articulação entre os serviços, refere-se também a compreensão do/a usuário/a como sujeito integral, compreendendo as “diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente” (MATTA, 2007, p.71). Por isso se faz necessário o trabalho interprofissional, com a inserção do/da assistente social nas equipes.

A interprofissionalidade propõe superar a multiprofissionalidade, pois a última se limita a uma “justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado” de forma fragmentada (ALVARENGA, et al. 5945, 2013). Conforme Camara (2014) a interprofissionalidade é uma prática colaborativa entre profissionais que promove a interdisciplinaridade e integralidade, bem como contribui para facilitar a compreensão entre as equipes acerca dos papéis profissionais e com compromisso na solução de problemas e na negociação na tomada de decisão.

Com base nestas considerações, é possível refletir acerca da inserção do/a assistente social na atenção hospitalar. Cabe sinalizar que este nível de atenção deve pautar-se pelas legislações do SUS, em especial pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), regulamentada pela Portaria nº3390 de 2013, a qual define no artigo 3º os Hospitais como:

[...] instituição complexa, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

No próprio conceito, já está presente o entendimento de que o hospital congrega demandas com densidade tecnológica e tratamentos especializados,

mas ao mesmo tempo deve ser também um espaço para promoção e prevenção da saúde. Para atender a complexidade de demandas que emergem nos hospitais é necessário um trabalho interprofissional, mas também intersetorial, articulando as políticas necessárias para que os/as usuários/as possam ter um cuidado integral. De acordo com Buss (2000, p. 174- 176):

a intersetorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da questão saúde, e não somente do setor saúde, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política.

Ressalta-seo quanto a efetivação do trabalho intersetorial é um desafio na instituição hospitalar, sendo necessário que o Hospital se veja enquanto parte da rede que compõe o cuidado em saúde, compreendendo esta instituição como fundamental para a integralidade do cuidado. Ainda que o trabalho intersetorial deva ser uma preocupação da equipe de saúde, na maioria das vezes, a articulação entre os serviços fica a cargo do/a assistente social. Nesta relação intersetorial, identificam-se as limitações e o sucateamento dos serviços da rede, em um contexto de desmonte das políticas públicas, e o hospital muitas vezes colocando-se como um serviço à parte. Neste sentido, Leal e Castro (2017, p. 215) destacam que “este nível de atenção mantém-se centrado na doença, além de se constituir enquanto um lócus privilegiado de ações que envolvem grande volume de capitais, tecnologias e equipamentos, fomentando uma lógica mercadológica e privatista”.

Por fim, percebe-se que por mais que se tenha avançado em legislações que firmam a saúde enquanto direito, bem como avançou-se no entendimento de que o cuidado deve ser centrado nas pessoas, ainda é um desafio que as instituições hospitalares rompam com esta visão. O tempo presente ainda demonstra inúmeros desafios, dentre eles a mercantilização da saúde, a qual pode ser evidenciada em diversas experiências, dentre elas o crescente número de parcerias público-privadas e a própria criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que se caracteriza como um modelo de privatização dos Hospitais Universitários, adotando a lógica empresarial da gestão em saúde e precarizando cada vez mais as condições de trabalho e de

atendimento à população usuária do SUS. Em meio a este contexto, o/a assistente social se insere na Atenção Hospitalar, com o desafio de, através de seu trabalho, contribuir para o acesso integral à saúde, na defesa desta enquanto direito, pública, estatal e de qualidade, pautada no Movimento da Reforma Sanitária na sua gênese.

2. O trabalho do/a Assistente Social no atendimento aos/às usuários/as acompanhados/as por equipes cirúrgicas

No que se refere ao trabalho do/a assistente social na área da saúde, numa perspectiva crítica do Serviço Social e atuação competente, faz-se necessário atentar para alguns aspectos, dentre eles: articulação ao movimento dos/as trabalhadores/as e de usuários/as que lutam pela efetivação do SUS; conhecimento das condições de vida e trabalho dos/as usuários/as e os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; contribuir para o acesso de todo/a e qualquer usuário/a aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais; contribuir para a necessária atuação em equipe; estimular a intersetorialidade, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; dentre outros (CFESS, 2010).

O Serviço Social tem como objetivo, no Hospital de alta complexidade do Rio Grande do Sul, identificar vulnerabilidades e riscos sociais que possam interferir no processo de saúde e adoecimento da população atendida no serviço, a fim de articular ações nos diferentes níveis de atenção à saúde e com as demais políticas intersetoriais, efetivando os princípios do SUS, em especial o da integralidade. De modo particular no que se refere ao trabalho desenvolvido na internação adulto cirúrgico, identifica-se que o principal objetivo é planejar, organizar e intervir junto aos/às usuários/as internados/as nas unidades de internação adulta do Hospital e suas famílias, identificando aspectos sociais, econômicos, culturais e familiares relacionados a Determinação Social do Processo Saúde-Doença buscando alternativas de enfrentamento das situações apresentadas no individual e coletivo.

Assim, o/a assistente social desenvolve seu trabalho por meio de avaliação sociofamiliar e acompanhamento das situações durante a internação hospitalar e, em alguns casos, a nível ambulatorial, identificando e intervindo nas

expressões da questão social que interferem no acesso e cuidado em saúde. Na maioria das situações acompanhadas faz-se necessária a articulação com a rede de suporte social, buscando alternativas de atendimento e cuidado integral. Neste processo, cabe ao/à assistente social orientar os/as usuários/as e suas famílias em relação aos direitos sociais e acesso a recursos contribuindo com a efetivação do cuidado em saúde.

De modo frequente o/a assistente social é convocado para intervir em situações de usuários/as com condições clínicas/cirúrgicas para alta hospitalar, mas que dependem da resolução de aspectos sociais para efetivação da mesma. É imprescindível que o/a profissional tenha nitidez do seu objeto de trabalho e suas competências profissionais, a fim de não reproduzir tão somente uma cultura institucional e responder a demanda da mesma. Neste sentido, a partir desta leitura crítica e desvelamento do objeto que se apresenta, compete ao/à assistente social participar do planejamento do cuidado em saúde dos/as usuários/as durante a internação e também para efetivação da alta hospitalar, intervindo junto aos mesmos, aos familiares e rede intersetorial, contribuindo com a organização da alta e acesso aos direitos para tanto.

A partir da sistematização do trabalho realizado em três unidades de internação cirúrgica de um hospital de alta complexidade, totalizando mais de 100 leitos e pelo menos 18 especialidades médicas, e a disponibilidade de apenas uma assistente social contratada para as três unidades, faz-se necessário o planejamento do trabalho identificando demandas prioritárias para atendimento do Serviço Social. Para tanto, utiliza-se uma planilha de registro dos atendimentos, e desta extraiu-se as demandas mais prevalentes no ano de 2018, quais sejam: planejamento de alta; usuário/a com privação de acompanhante/familiar durante internação; dificuldade do cuidado em saúde; conflitos familiares que impactam no cuidado em saúde; rede de suporte sociofamiliar frágil; baixa ou nenhuma renda; usuário/a com relato ou sinais de violência; necessidade de insumo ou dispositivo tecnológico e demais cuidados; demandas de saúde mental.

Estas demandas surgem principalmente através de consultoria, encaminhada pela equipe médica e/ou de enfermagem, ao identificarem demanda para atendimento do/a assistente social. Por vezes, a demanda vem através de discussão de caso com as equipes ou de forma espontânea pelo/a

usuário/a e sua família. No entanto, ao mesmo tempo que se avalia a necessidade do/a assistente social identificar as demandas para efetivação do seu trabalho, não ficando refém das consultorias, sabe-se que não há recursos humanos para o atendimento de todos/as usuários/as que internam nestas unidades. Desta forma, optou-se por algumas estratégias, dentre elas a aproximação das equipes de Neurocirurgia e Ortopedia e Traumatologia, as quais apresentam importante demanda para atendimento do Serviço Social. Além destas experiências, que serão brevemente relatadas a seguir, apresentar-se-á também o trabalho com usuários/as atendidos pela equipe de Cirurgia Bariátrica, o qual evidencia tanto o trabalho durante a internação quanto no ambulatório.

2.1 O atendimento do/a assistente social aos/às usuários/as internados/as pela Neurocirurgia

Considerando o contexto apresentado anteriormente, uma das dificuldades identificadas para o atendimento integral dos/das usuários/as internados/as nas unidades cirúrgicas é a fragmentação do trabalho das equipes. Desta forma o/a assistente social é acionado para atendimento aos/às usuários/as, na maioria das vezes, quando a demanda é identificada pelas equipes de enfermagem e médica. Esta organização institucional acaba por direcionar o atendimento pelo Serviço Social para aqueles/as usuários/as que tiveram consultoria solicitada, deixando de ser atendidas, em alguns casos, outras situações que possam também apresentar demandas para intervenção deste profissional. Destarte, é frequente emergir como demanda ao Serviço Social, por parte das equipes, o auxílio na efetivação da alta hospitalar. Tal processo de planejamento de alta é fundamental, contudo,

[...] é outra demanda que precisa ser refletida pela equipe a fim de estabelecer as atribuições dos diversos profissionais. Parte-se do pressuposto de que a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou família é que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no processo de alta (CFESS, 2010, p. 50).

Assim, cabe ao/à assistente social identificar a partir da demanda que se apresenta o que realmente lhe compete e a partir disso planejar sua intervenção.

Tendo em vista a dificuldade de espaços multiprofissionais e a impossibilidade deste profissional atender todos/as usuários/as internados/as nas unidades, buscam-se estratégias para desenvolvimento do trabalho visando o atendimento integral. Uma delas foi projeto de intervenção realizado pela acadêmica de Serviço Social, o qual visou antecipar o atendimento aos/as usuários/as internados/as pela Neurocirurgia e identificar possíveis demandas através da revisão dos prontuários. A escolha por esta equipe ocorreu a partir do levantamento realizado em 2018 na planilha de registro dos atendimentos em três unidades de internação cirúrgica, organizada pela assistente social de referência, na qual se verificou que a Neurocirurgia era uma das equipes com demandas mais complexas para planejamento de alta e organização da continuidade dos cuidados com os serviços da rede.

Nesse sentido a proposta previa a revisão dos prontuários e, se possível, atendimento de todos/as os/as usuários/as internados/as pela equipe, priorizando alguns critérios e relacionando-os com a Determinação Social do Processo Saúde-Doença. São eles: usuários/as idosos/as, tendo em vista as limitações próprias do processo de envelhecimento; usuário/a sem acompanhante durante a internação; usuário/a com necessidade de insumos, equipamentos e dispositivos tecnológicos; tendo em vista que a demanda por estes exige um planejamento com a equipe, com o/a usuário/a, família e a rede de serviços; usuário/a com sinais de violência; usuário/a sem local para residir após a alta / em situação de rua; usuário/a com demandas de saúde mental, visto que exige uma articulação para continuidade do atendimento na rede; e limitação para o autocuidado temporária ou permanente, o que exige articulação com equipe de enfermagem e médica para tornar nítido as implicações nos cuidados cotidianos pós alta.

Em suma, identifica-se que a proposta de intervenção realizada possibilitou antecipar o atendimento de situações que possivelmente não teriam sido identificadas pelas equipes, ou seriam identificadas tardiamente dificultando os encaminhamentos necessários. Nos atendimentos realizados, constatou-se frequentemente a falta de acesso à renda e emprego, bem como suporte familiar frágil com poucas pessoas envolvidas no cuidado, gerando sobrecarga a um/ cuidador/a. Da mesma forma, percebeu-se a fragilidade na rede de serviços, ocasionando que muitas vezes a responsabilidade pelo cuidado fique centrada

na família, sem uma rede que realmente preste suporte nas demandas apresentadas. Neste sentido, cabe ao Estado promover a proteção social destes usuários/as bem como às famílias, a fim de garantir o acesso à saúde. No que diz respeito aos desafios para a concretização da integralidade observa-se que foi possível realizar articulação com as equipes e que estas identificam a importância da intervenção do/a assistente social. Porém, tal articulação ainda ocorre de forma fragmentada, pela ausência de espaços interprofissionais.

2.2 O atendimento do/a assistente social aos/às usuários/as internados pela Ortopedia e Traumatologia

Com relação à inserção do/a assistente social no atendimento a usuários/as internados/as pela equipe de Ortopedia e Traumatologia, é importante retomar que, no ano de 2017, instituiu-se o Round de Comanejo sendo esta uma proposta de acompanhamento multidisciplinar por diferentes equipes (equipes médicas, enfermagem, nutrição, farmácia, fisioterapia e serviço social) à usuários/astransferidos/as para o Hospital por fratura de fêmur proximal. A proposta objetiva, dentre outros aspectos, aproximar as diferentes equipes que atendem estes/as usuários/as, proporcionando uma atenção integral, otimizando recursos e tempo de internação, qualificando o atendimento prestado. O Serviço Social passou a integrar a equipe, com vistas a contribuir com a qualificação dos processos de trabalho, assistência ao/a usuário/a.

Desde que foi instituída esta proposta o Serviço Social vem participando das reuniões multidisciplinares, que ocorrem semanalmente. No momento que estes/as usuários/as internam, as equipes realizam as avaliações, assim como o/a assistente social procede com a avaliação sociofamiliar, antes mesmo de ser encaminhada consultoria. A realização da avaliação o mais breve possível tem como objetivo conhecer o/a usuário/a, sua família e rede de suporte, identificando possíveis demandas de forma precoce, contribuindo para o acesso a saúde enquanto direito, bem como para que a alta ocorra no período planejado. Além das reuniões semanais, o Serviço Social tem buscado realizar discussão de caso sistematicamente com as equipes envolvidas, da mesma forma que articulação com os serviços da rede.

A atuação dos/as assistentes sociais no cuidado aos/às usuários/as submetidos/as a cirurgia ortopédica, pleiteia técnicas e ações visando a promoção, proteção e a recuperação da saúde. Dentre as demandas mais prevalentes está a orientação acerca do acesso aos direitos e serviços da rede socioassistencial, envolvendo as diferentes políticas públicas e setores, com o objetivo de subsidiar a organização no pós alta, bem como acesso a equipamentos ortopédicos, medicamentos, insumos, dispositivos tecnológicos, dentre outros.

Para além do atendimento aos/às usuários/as acompanhados/as pela equipe de Comanejo, com a inserção do/a assistente social residente, por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico, foi possível propor um trabalho junto aos/às demais usuários/as internados/as pela equipe de Ortopedia e Traumatologia, para além das consultorias. Tem-se realizado atendimento a partir de demandas espontâneas por parte dos/as usuários/as e suas famílias, de discussão de caso com as equipes, mas também através da busca ativa nos prontuários, identificando (através dos mesmos critérios para revisão dos prontuários utilizados para equipe da Neurocirurgia) possíveis situações que necessitam avaliação e/acompanhamento do Serviço Social.

Em resumo, a partir do trabalho que vem sendo realizado junto a esta equipe identifica-se um avanço, que se traduz na ampliação das intervenções para além das consultorias, por meio da identificação de demandas pelo/a assistente social. Ressalta-se ainda como ponto positivo o fato de existir um espaço multiprofissional para discussão dos casos, possibilitando um olhar e cuidado mais integral, dando maior evidência igualmente para o trabalho do/a assistente social. No entanto, ao mesmo tempo que contar com um espaço multiprofissional caracteriza-se como um avanço, é necessário refletir que o trabalho desenvolvido junto a equipe ortopédica se dá de maneira multiprofissional e não interprofissional, visando relação direta com às práticas profissionais com a pretensão de orientá-las para atitudes e ações integradoras que possam superar a sobreposição de profissionais pertencentes a equipe ou campo de saber.

2.3 O atendimento do/a assistente social aos/às usuários/as do Programa de Cirurgia Bariátrica

O Programa de Cirurgia Bariátrica é composto por uma equipe multidisciplinar, a qual conta com o/a assistente social de referência para os/as usuários/as, atuando com vistas a contribuir na organização do cuidado em saúde aos/às usuários/as com obesidade mórbida. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial, que abrange desde o acúmulo de gordura até complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol, da resistência à insulina, dentre outros, podendo ser causada por fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e/ou políticos (OMS, 2000).

Sob esta perspectiva, a intervenção do/a assistente social se dá via avaliação social, a qual é realizada ambulatorialmente com usuários/as que estão ingressando no Programa de Cirurgia Bariátrica. A avaliação tem como objetivo conhecer a realidade de cada usuário/a, estabelecendo o vínculo entre este/a e o profissional.

Os/as usuários/as chegam ao Programa de Cirurgia Bariátrica para o tratamento cirúrgico, mas o procedimento é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito na Portaria nº 424/13, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). A cirurgia é somente uma ação em toda linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade, indicada apenas em alguns casos, quais sejam: indivíduos que apresentem Índice de Massa Corporal (IMC) > 50 Kg/m²; IMC > 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico; IMC > 35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle e apneia do sono.

O acesso ao Programa ocorre através do encaminhamento pelos serviços de Atenção Básica. Posteriormente, são avaliados/as por profissional da enfermagem do Programa sobre a indicação para procedimento cirúrgico e realizam acompanhamento individual e em grupos com a equipe multiprofissional, composta pelas seguintes áreas: Serviço Social, Psicologia,

Enfermagem, Educação Física, Nutrição, Medicina (endocrinologia, cirurgia, nutrologia, psiquiatria, pneumologia). A equipe reúne-se quinzenalmente para discutir casos e formas de aprimorar o cuidado integral aos/as usuários/as.

No roteiro de entrevista do Serviço Social abordam-se questões sobre dados de identificação (escolaridade, raça/ cor, idade), renda (inserção no mercado de trabalho, beneficiário/a de Programa Assistencial, pensão, auxílio-doença, dentre outros), organização para suporte nos cuidados em saúde pré e pós procedimento cirúrgico, expectativas com a Cirurgia Bariátrica, conhecimento sobre o Programa de Cirurgia Bariátrica e os cuidados em saúde necessários e acesso à rede intersetorial do território. A abordagem permite que o/a usuário/a possa elucidar suas dúvidas, sendo enfatizada a importância de mudança de estilo de vida, adesão ao tratamento e organização para o sucesso da cirurgia.

Demandas que exigem continuidade do acompanhamento do/a assistente social estão associadas às expressões da questão social, às limitações ocasionadas pela obesidade mórbida, como: dificuldade de locomoção; preconceito; baixa escolaridade; vínculos familiares e sociais fragilizados; dificuldade de acesso aos benefícios assistenciais; necessidade de acompanhamento em serviços da rede intersetorial e territorial do/a usuário/a; dentre outros.

Outro fator é recomendação da utilização de itens como polivitaminas e proteínas no tratamento e recuperação pós Cirurgia Bariátrica, que não constam na lista de insumos do SUS e são orientados como fundamentais para a recuperação pós-operatória dos/as usuários/as com obesidade. Muitas vezes, para a obtenção destes insumos, é necessária a orientação acerca da judicialização via Defensoria Pública para que se garanta o acesso.

Na continuidade do atendimento após procedimento cirúrgico e internação, identifica-se grande número de usuários/as com dificuldade em acessar os medicamentos, vitaminas e proteínas necessários para a melhoria da saúde e qualidade de vida. Esta demanda é proveniente da escassez de Políticas Públicas voltadas à população com obesidade, demandando a intervenção do/a assistente social no individual e coletivo, na construção de estratégias conjuntas para o acesso a saúde enquanto direito.

Considerações finais

Considerando o exposto e o trabalho cotidiano desenvolvido na Atenção Hospitalar, identifica-se este espaço sócio ocupacional como extremamente desafiador por diversos motivos. Um deles diz respeito ao fato de ser um espaço agudamente rígido, com significativa hierarquização dos processos com olhar médico-centrado. Por mais que seja possível identificar avanços na ampliação do olhar para os sujeitos e suas realidades, ainda assim mantém-se uma cultura fortemente focada nos procedimentos de alta complexidade e na doença que ocasionou a internação.

Ressalta-se ainda o quanto resta tão somente para o/a assistente social, por diversas vezes, inserir a discussão acerca da importância da articulação com demais serviços da rede, bem como a preocupação com a atenção integral aos/às usuários/as e suas famílias, da mesma forma que o debate sobre o SUS e sua relação com o trabalho desenvolvido. Ou seja, por mais que se busque problematizar que estes aspectos não são somente responsabilidade do/a assistente social, muito embora seja sim uma tarefa deste profissional, este segue sendo o/ principal instigador destes temas. Neste sentido, é facilmente perceptível identificar a contribuição do/a assistente social ao inserir-se nas equipes multiprofissionais de saúde, de modo a problematizar aspectos de extrema relevância e que por vezes passariam despercebidos se não houvesse a inserção deste profissional.

No que se refere ao trabalho multiprofissional avalia-se que na maioria das situações ele ocorre de forma fragmentada, não havendo a construção de um olhar conjunto e plano de cuidado em saúde realmente integrado entre as áreas e em conjunto com os/as usuários/as e suas famílias. Nas experiências em que há um espaço multiprofissional institucionalmente definido, como as reuniões de equipe da Cirurgia Bariátrica e o Round de Comanejamento, percebe-se maiores condições de articulação e integração entre as diferentes áreas. O fato de existir um espaço que congrega diferentes saberes condiciona que haja um tensionamento para os diferentes aspectos que envolvem a saúde daqueles sujeitos. Já nas experiências em que não há um espaço multiprofissional determinado, o trabalho integrado é muito mais dificultoso, exigindo que para cada situação em atendimento os/as profissionais sejam acionados para

discussão do caso, porém de forma fragmentada, dificultando um olhar integral dos sujeitos.

Portanto, a partir das experiências compartilhadas, é possível ressaltar o quanto investir em espaços multiprofissionais contribui para um atendimento mais qualificado, a medida em que o cuidado ocorre articulado entre as áreas, possibilitando a integralidade. Faz-se necessário avançar para um trabalho interprofissional, em que haja igualmente a troca de saberes e o reconhecimento de que todos são igualmente importantes e necessários para a construção do cuidado em saúde dos sujeitos atendidos nos serviços. E desafio ainda maior é avançar para incluir verdadeiramente os/as usuários/as e suas famílias no planejamento de seu cuidado em saúde, saindo do lugar passivo de receber as informações, assumindo o protagonismo e a autonomia de seu cuidado e de suas vidas.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, José da Paz Oliveira et al. **Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na Formação em Saúde**: Vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Revista de Enfermagem Ufpe**, Recife, v. 7, p.5944-5951, out. 2010. Mensal.

BRASIL. **Lei nº 8.080**. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria Nº 424, de 19 de Março de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria Nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013**(PNHOSP).Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 23 jun. 2019

BRASIL. **Relatório Finalda 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde,1986.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMARA, Ana Maria Chagas Sette. **Oficina de educação interprofissional para a residência multiprofissional**. Caderno de Educação Saúde e Fisioterapia, [S. l.], v. 1, n. 1, p.27-34, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Carta de Maceió - Seguridade Social pública: é possível!** In: Encontro Nacional CFESS/CRESS, 26. Anais, Maceió, 2000. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/encontronacional_cartas_maceio.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde**, Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p 63-76, jan/mar, 2017.

LEAL, Laura Marcelino; CASTRO, Marina Monteiro de Castro. **Política Nacional de Atenção Hospitalar: Impactos para o Trabalho do Assistente Social**. Serviço Social e Saúde, Campinas, v. 6, n. 6, p.211-228, jul. 2017. Semestral.

MATTA, Gustavo Correia. **Princípios e diretrizes do sistema Único de saúde**. In MATTA, Gustavo Correia, PONTES, Ana Lúcida de Moura. Políticas de Saúde: organização e Operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).