



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE HOSPITALAR: O lugar da rede de atenção às urgências e emergências dentro dos níveis de atenção no SUS

SOCIAL SERVICE IN HOSPITAL HEALTH: The place of the urgent and emergency care network within the levels of care in the SUS

MARIANA WADI TIERLING ¹
VANELISE DE PAULA ALORALDO ²
JAIRO DA LUZ OLIVEIRA ²

RESUMO: A política de saúde prevê que as Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências devem contar com assistente social na equipe mínima, já nas Unidades de Referência, os hospitais não requerem que este profissional seja exclusivo para atendimento na unidade. O presente estudo busca refletir sobre o trabalho do assistente social junto aos serviços de urgência e emergência em um hospital Universitário. Para análise utilizou-se do Método Dialético-Crítico. Os resultados apontam que a saúde na perspectiva da integralidade, requer do profissional desenvolvimento de estratégias que gerarão efeitos na coletividade, favorecendo a transdisciplinaridade entre os

1 Profissional de Serviço Social. Universidade Federal De Santa Maria

2 Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal De Santa Maria

saberes.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; Urgência; Emergência; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT: The health policy provides that the General Hospital Units for Urgent Care and Emergencies must have a social worker in the minimum team, whereas in the Reference Units, hospitals do not require this professional to be exclusively for care in the unit. The present study seeks to reflect on the work of the social worker with the urgency and emergency services in a university hospital. For analysis, the Dialectical-Critical Method was used. The results indicate that health from the perspective of integrality requires the professional to develop strategies that will generate effects on the community, favoring transdisciplinary knowledge.

KEYWORDS: Social service; Urgency; Emergency; Integrality in Health.

1 INTRODUÇÃO

A implantação do SUS pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas leis 8.080/90 e 8.142/90 vem propor mudanças ao modelo anterior, centrado no indivíduo doente, no hospital, na intervenção médica, desconsiderando a base epidemiológica e a diversidade das realidades locais,

num atendimento sem planejamento e desvinculado do território (CANUTO et al., 2004). A concepção de saúde passa a ser compreendida não apenas como ausência de doença, mas entendida como o acesso a um conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade produzidos pela coletividade, mas apropriado privadamente. Portanto, a concepção assume a intrínseca relação da saúde com a política e naturalmente preconiza o direito à saúde de todos (MATOS, 2006).

Os avanços no setor da saúde a partir da Constituição Federal são incontestáveis, mas é perceptível que a gestão em saúde, ainda hoje, está fundamentada em métodos e estratégias tradicionais, proveniente da teoria clássica da administração. Já as práticas fundadas na participação do usuário, na interdisciplinaridade, onde tanto os trabalhadores quanto os usuários participem de forma ativa ainda se perdura como um desafio, apesar dos avanços registrados (MATOS et al., 2006).

A gestão/administração dos serviços em saúde pode ser conceituada como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Inclui três grandes dimensões: a dimensão profissional, a organizacional e a sistêmica. A primeira corresponde a gestão dos cuidados diretos, singulares e multiprofissionais e a institucionalização de práticas de saúde.

A segunda diz respeito a questões relativas a organização dos serviços, que envolve registro, uso de informações, espaços de troca e conversação, compartilhamento de responsabilidades, dentre outros aspectos. Por último, a gestão de cuidado deve ser pensada em uma perspectiva sistêmica, como a operação de redes de serviços de saúde com suas diferentes densidades tecnológicas, estabelecendo fluxos para garantir o acesso do usuário às tecnologias do cuidado de que necessita, alcançando uma assistência universal e equânime (CECÍLIO, 2009).

Logo, a atenção primária, a de menor densidade tecnológica, é

reconhecida como estruturante do sistema de saúde, e como a principal porta de entrada do sistema (O'DWYER et al., 2009; MENDES, 2011; BRASIL, 2011). Seguida do nível secundário, que compreende procedimentos especializados de média complexidade e o último nível, com maior densidade tecnológica, é o nível terciário que abrange procedimentos de alta complexidade, situações de urgência e emergência e internações hospitalares (SOUZA, 2001).

Com base nessa organização, o atendimento às urgências e emergências está presente em todos os níveis de organização do sistema. O objetivo principal do presente estudo é contextualizar o serviço de urgência e emergência, no qual o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) faz parte, caracterizando-se como hospital de alta complexidade, do nível terciário do sistema.

O estabelecimento de normas de regulamentação para os serviços de urgência e emergência ocorreu no ano de 2002 com a portaria GM 2048/2002, que considera sua importância a partir do crescimento da demanda pelo serviço. A portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), revogando a Portaria GM 1863/2003. A nova portaria estabelece como componente dessa rede: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar e Atenção Domiciliar. O Componente Hospitalar corresponde as entradas hospitalares de urgência, as enfermarias de retaguarda, os leitos de cuidados intensivos, os serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

A universalidade, equidade e integralidade na atenção às urgências e emergências são estabelecidas como princípios nas políticas que regem tais serviços em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2011; BRASIL, 2011a).

Estes princípios devem estar articulados administrativamente e tecnicamente, permitindo a operacionalização do SUS e uso racional de todos os recursos, respeitando as complexidades dos níveis do sistema, pois se uma das pontas da rede tem fragilidade em sua operacionalização, sem dúvida haverá reflexo em toda a rede assistencial (TEIXEIRA, 2018).

Torna-se importante ressaltar que o Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), caracteriza-se como componente hospitalar do tipo III e momentaneamente atua com demanda referenciada pelos demais serviços da rede de atenção à saúde, ou seja, o Pronto Socorro não se configura como serviço porta aberta e sim como retaguarda para outros serviços de atenção às urgências e emergências de menor complexidade.

A política de saúde aconselha a formação de uma equipe multiprofissional nas unidades de urgência e emergência para o funcionamento do serviço. Sobre o profissional de Serviço Social, a política prevê que as Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências devem ter o assistente social como profissional da equipe mínima, já nas Unidades de Referência, os hospitais devem contar com o profissional, porém, não precisa ser exclusivo para atendimento na unidade.

Submerso nessa rede de serviços complexos e sobrecarregado de demandas por parte dos usuários, as necessidades em saúde dos cidadãos que acessam o Pronto Socorro se mostram multicausais. Cada situação demonstra uma urgência diferente, dentre elas, as relacionadas à situação social dos usuários.

Segundo Estellita-Lins (2010, p. 70), “as emergências representam nichos institucionais de alta complexidade, dispendiosos e sobrecarregados de demandas tecnológicas por parte do usuário”. Seguindo essa mesma linha, Giglio-Jacquemot (2005) afirma que os serviços de emergência têm características diferenciadas de outros serviços da saúde, pois recebem uma gama de pedidos de atendimento

que chegam de forma heterogênea e dizem respeito a problemas de natureza muito diversas.

As muitas dificuldades que se apresentam nesse nível de assistência, evidencia-se o descompasso da proteção social e o baixo ou até mesmo a ausência dos serviços de atenção primária e secundária (DESLANDES, 2002).

Pensar em assistência dentro do Pronto Socorro do HUSM vai além de intervir apenas em questões clínicas/biológicas, é necessário vislumbrar o sujeito em sua totalidade, compreender o lugar que este ocupa nas relações de produção e reprodução social e quanto esse contexto, no qual está inserido, potencializa o adoecimento. Por mais questionado e criticado que sejam os serviços de atenção às urgências e emergências, e como bem pontua Estellita-Lins (2010) de que a experiência compartilhada nesse serviço não integra o imaginário brasileiro senão negativamente, o que representa que aparece e desaparece rápido demais, fácil demais, talvez tentando não deixar rastro algum, torna-se relevante frisar os avanços registrados nesse espaço.

No campo interventivo (referindo-se ao Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria), atualmente existe preocupação em sistematizar as práticas dos processos de trabalho e da necessidade de refletir sobre a integralidade nesse nível tão complexo de atenção à saúde. O momento da troca de informações sobre cada paciente internado na unidade foi instituído recentemente e ficou definido por reunião semanal entre os profissionais da equipe multiprofissional que compartilham seus diferentes olhares e saberes de forma a contribuir para dar direcionamento na atenção à saúde de modo integral, dos usuários que se encontram internados na unidade.

Definiu-se as quartas-feiras como dia de encontro, na qual participam da reunião médicos, enfermeiros, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, além da assistente social. Participam os profissionais do quadro e também os profissionais em formação do programa de Residência Integrada em Saúde da linha crônico-degenerativa.

Este é o momento destinado a discussão individual de cada caso de paciente internado no Pronto Socorro. Cabe ressaltar que, como geralmente é um número expressivo de pacientes internados, definiu-se, como critério para discussão, as necessidades mais complexas, sejam clínicas ou sociais, e os que se encontram acima de 5 dias na unidade. Esse espaço oportuniza ao Serviço Social a identificação de usuários/familiares que necessitam prioritariamente do atendimento.

A integralidade vai além de um princípio do SUS, para os profissionais do Pronto Socorro ela se materializa no cotidiano de trabalho, onde perpassa por ações dos profissionais da saúde. Ações que contemplam o trabalho em equipe multiprofissional da mesma instituição e articulação dessa equipe com a rede de serviços como um todo. A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidade, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude. Considerando todas as dimensões possíveis em que se pode intervir (NIETSCHE, 2000).

No âmbito dos serviços de emergência torna-se relevante pensar no princípio de integralidade, que inclui “promoção, prevenção, tratamento e reabilitação” em seu alcance maior enquanto assistência integradora capaz de guardar e disseminar informação, prevenir danos e construir sólida junção na rede de cuidados em saúde, com destaque para seu potencial de intervenção mais resolutiva em situações de alta morbidade física, psíquica e social. As demandas dos usuários mais vulneráveis exigem maiores cuidados suportivos e preventivos (ESTELLITA-LINS, 2010).

A partir de tais reflexões, considera-se que as unidades de urgências e emergências, serviço de alta complexidade que atende diariamente uma população carregada de demandas de saúde e expostas a uma série de condições sociais, no qual se revela como um cenário ímpar para refletir sobre o conceito ampliado em saúde que descreve ausência da doença como resultado de múltiplos fatores, tornando os limites entre exclusão social e saúde cada vez

mais tênues. Diante desse quadro, é fundamental desenvolver vastas e coletivas estratégias para garantir à população usuária o acesso ao sistema de saúde, organizado segundo a complexidade das ações envolvidas, o que requer uma rede funcionante e intercomunicante, onde todas as partes envolvidas possam direcioná-lo para o melhor tratamento e acesso aos direitos.

Para o desenvolvimento de uma prática integradora e coerente, o profissional do Serviço Social, em seu cotidiano de trabalho no hospital, deve levar em consideração o conceito ampliado de saúde, que vai além da ausência de doença, mas sim fruto das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. A doença é socialmente produzida e depende das condições gerais de vida. Deste modo, não há como desconsiderar as condições de existência cotidiana dos sujeitos que procuram os serviços com necessidades de saúde (SILVA,1990). Como bem afirma Estellita-Lins (2010, p. 03) “cada vez mais o adoecimento é coletivo, imitativo, propagando-se na multidão. A vida cotidiana tornou-se urbana, violenta e imprevisível”. E essas demandas, muitas vezes, são expressões da sociabilidade degradante da lógica do capital, refletindo-se nas condições de saúde-doença que afetam o cotidiano da população.

2 CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: MARCAS DO COTIDIANO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

O Serviço Social é uma profissão legitimada na divisão sociotécnica do trabalho, sua identidade é marcadamente histórica. A matéria-prima do trabalho são as diversas manifestações da questão social e seu fundamento é a própria

realidade social (MARTINELLI, 2011). Profissão de caráter interventivo e propositivo frente às demandas que causam as múltiplas expressões da questão social. No cotidiano profissional, o Assistente Social é chamado a intervir nas tensões oriundas da relação entre capital e trabalho, e tem como objeto de intervenção a “questão social”. Desta forma, as condições precárias de vida, conflitos, violências, desemprego, ausência de moradia digna, bem como todas as refrações que acometem a classe trabalhadora, apresentam-se como expressivas demandas à intervenção profissional que, despidas de mediações, apresentam como um fim em si mesmas (ARRUDA; PAIVA, 2014). Na Política de Saúde não é diferente.

O exercício profissional requer que se domine ferramentas que qualifiquem a prática profissional, pois tendo esse profissional o compromisso com a classe trabalhadora e no seu horizonte a busca por transformações, deve-se intervir, a partir de leituras críticas da realidade social e procurar entender como esta realidade emerge no sistema capitalista gerando as desigualdades que vão impactando nas relações sociais e de saúde dos sujeitos inseridos na sociedade. A relação do Serviço Social com a área da saúde é intensa e histórica, o reconhecimento da categoria de assistentes sociais enquanto profissionais na área da saúde ocorreu após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se obteve diversas conquistas para a área, dentre elas, o reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar. Desta forma, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução nº 218, de 06/03/1997, legitima a categoria enquanto profissionais da área da saúde. As autoras Mito e Nogueira (2009) apresentam três pilares da ação profissional no contexto da política de saúde: necessidades sociais em saúde, produção da saúde e direito à saúde.

As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle

social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 223).

A prática profissional no cotidiano da Política de Saúde gira em torno de articular o conhecimento teórico-metodológico com o projeto ético-político na direção de democratizar o acesso à saúde, na tentativa que os princípios do SUS sejam efetivados no cotidiano, visando o acesso equânime, oportunizando atenção integral e de qualidade, garantindo que os direitos sociais dos usuários sejam respeitados. Esses princípios sedimentam a prática profissional e contribuem para instrumentalizar os processos de trabalho. As estratégias de intervenção, sobretudo na Política de Saúde, podem ser potencializadas na mobilização e orientação aos usuários e familiares, em consonância com a perspectiva de classe, problematização com as equipes multidisciplinares e com a rede de proteção envolvida, utilizando de instrumentais que viabilizem os direitos e principalmente a adoção da racionalidade na instrumentalidade do exercício profissional.

Segundo Mito e Nogueira (2009), os espaços socio-ocupacionais relativos a atenção à saúde se configuram como locais em que o impacto da doença e seu entorno alcançam as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos e assim exigem a construção interdisciplinar coletiva para seu enfrentamento.

A Política de Saúde se materializa no Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria, hospital de alta tecnologia que desenvolve ações de ensino e pesquisa, não podendo se resumir a uma prática meramente médica. As demandas da população usuária são cada vez mais coletivas e resultantes de condições sociais que geram desigualdades e adoecimento da classe trabalhadora, portanto exige ações de integralidade e participação ativa de todos os profissionais inseridos no processo.

Nesse espaço socio-ocupacional dinâmico, o Serviço Social necessita ter

posicionamentos ágeis, concretos e criativos para responder as demandas que se apresentam, e contar com os demais profissionais da equipe para qualificar as estratégias de intervenção. O Pronto Socorro tornou-se um local multiprofissional e de práticas interdisciplinares.

Os princípios do SUS, o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento das determinações sociais do processo saúde-doença, estão demandando, com frequência, o trabalho do Assistente Social, que tem construído novos espaços de atuação interdisciplinar (KRUGER, 2010). Sabe-se que não se trata de empreendimento de fácil realização, pois os usuários que recorrem ao sistema público de saúde, no geral, estão expostos a um conjunto amplo de condições e vulnerabilidades, pois compreende-se que o próprio processo de adoecer tem determinações sociais, uma vez que há fatores sócio-políticos, econômicos e culturais que pesam no engendramento das doenças (MARTINELLI, 2009).

Desta forma, a diversidade de demandas que se apresentam ao profissional do Serviço Social é ampla e este desempenha importante papel no sentido de potencializar o trabalho coletivo, valorizando o usuário como um ser integral, promovendo uma maior humanização no atendimento e integralidade da atenção. Efetivamente a atuação do assistente social no Pronto Socorro do Hospital Universitário é feita com pacientes internados na unidade ou em observação na Sala de Emergência, e junto aos familiares, quando presentes.

A primeira fase do processo de atendimento do Serviço Social refere-se à aplicação de entrevista, com intuito de levantar uma série de dados referentes ao grupo familiar, condições socioeconômicas, as condições habitacionais, avaliar se o usuário recebe o mínimo apoio familiar e comunitário, com quem poderá contar quando precisar, periodicidade do contato que mantém com seus parentes mais próximos, e acesso a serviços da rede de saúde e socioassistencial. Todas essas questões contribuem para análise sobre a alta segura ou fatores que poderão acarretar prorrogação da alta clínica e social, decorrentes de alguma expressão da questão social. A entrevista é parte das ferramentas de trabalho do Serviço

Social e está ligada a dimensão técnico-operativa da formação.

Considerando as suas potencialidades, constitui-se numa importante mediação profissional, na medida em que possibilita ao assistente social direcionar o seu acervo de conhecimentos em favor das demandas dos usuários, contribuindo para o acesso aos seus direitos e para estimular processos de reflexão, de organização e mobilização sociopolítica (FAERMANN, 2014, p. 03).

Tal instrumento propicia, no exercício profissional, uma visão crítica da realidade do sujeito, pois ao aplicar a entrevista levanta-se questões que se pretende aprofundar no cotidiano para além da aparência e submergir na historicidade dos sujeitos sociais e suas trajetórias. Segundo Lewgoy e Silveira (2007, p. 235), “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”. O Serviço Social, na Unidade de Pronto Socorro, possui como instrumento de trabalho, um roteiro de entrevista comum, aplicado no momento do atendimento a todos os usuários que se encontram internados.

As entrevistas geralmente são realizadas à beira do leito ou maca, uma vez que o Serviço Social não conta com sala própria para atendimento. Quando disponível, realiza as entrevistas em consultórios médicos. Apesar da legislação, Resolução CFESS 493, de 21 de agosto de 2006, estabelecer condições essenciais para atendimento à população, a instituição não oferece local exclusivo destinado para o atendimento do Serviço Social, tendo que o profissional organizar a melhor forma de realizar as entrevistas, garantindo o direito à privacidade e sigilo das informações prestadas pelos usuários.

Ainda sobre a importância da entrevista como parte do processo de trabalho do Assistente Social, Lewgoy e Silveira (2007, p. 249) afirmam que, esta

“constitui-se num processo singular de diálogo entre o assistente social e um ou mais usuários, com o pressuposto de intervir na realidade social, cuja finalidade está articulada às dimensões da competência profissional”.

Essas novas demandas que se apresentam na vida dos usuários e sua família repercutem na condição socioeconômica, bem como exigem modificações na dinâmica familiar. Nesse sentido, o Serviço Social desempenha um papel fundamental, pois acompanha o usuário e o familiar, quando presente, conforme suas necessidades sociais, desde sua admissão na unidade, acolhendo-o e promovendo escuta qualificada, proporcionando o profissional tempo hábil para articulação da rede de serviços, que ofertarão o cuidado pós-alta, com suporte das organizações responsáveis pelo cuidado no território adscrito.

O planejamento da alta requer que os profissionais dispensem de tempo para a tomada de decisões, com vistas a orientações de familiares/acompanhantes e articulação de dispositivos de base territorial com intuito de garantir alta segura, prevenindo complicações, reduzindo o risco de reinternações, minimizando o estresse para a população idosa e seus familiares e o impacto socioeconômico que a nova demanda de cuidado pode representar para os familiares.

Cita-se, como exemplo, a importância de modificações no ambiente doméstico, que garantam mais segurança àqueles sujeitos com necessidades específicas, local adequado para reabilitação, visando a autonomia do segmento idoso, o que por vezes requer investimento financeiro no qual os familiares não dispõem de recursos. A articulação com a rede de serviços de base territorial torna-se fundamental no processo do fazer profissional do Serviço Social, pois parte do pressuposto de que uma única instituição não será efetiva no sentido de dar respostas às múltiplas necessidades que permeiam a vida dos sujeitos.

Diante disso, reitera-se a importância do princípio de integralidade do SUS, o qual refere-se a atenção a todas as dimensões da vida dos sujeitos,

relacionados a produção e condição de saúde e possibilidades dos serviços em ofertar os cuidados necessários. A rede vai sendo construída a partir do reconhecimento e do desvelamento das demandas sociais dos usuários e da indispensável articulação para garantir acesso a direitos sociais negligenciados ou desconhecidos pela população enquanto direito garantido por lei. Assim, “Trabalhar em rede é estabelecer caminhos” (OLIVEIRA, 2008, p. 49).

A articulação da rede de serviços representa aos profissionais envolvidos meios de atender a classe trabalhadora que muitas vezes já se encontra em processos de exclusão das políticas públicas existentes, chegando a uma forma mais humana de inclusão social, pois nesta articulação os sujeitos se reconhecem na condição de cidadão, tanto os profissionais como os usuários, articulando políticas, instituições, sociedade e o próprio Estado (OLIVEIRA, 2008).

Rede é uma articulação de atores em torno, vamos nos expressar assim, de uma questão disputada, de uma questão ao mesmo tempo política, social, profundamente complexa e processualmente dialética. Trabalhar em rede é muito mais difícil do que empreender a mudança. (...). É a superação do voluntarismo e do determinismo, da impotência diante da estrutura e da onipotência da crença de tudo pode mudar. Na intervenção em Redes, o profissional não se vê nem imponente nem onipotente, mas como um sujeito inserido nas relações sociais para fortalecer, a partir das questões históricas do sujeito e das relações particulares, as relações destes mesmos sujeitos para ampliação de seu poder, saber, e de seus capitais. Trata-se de uma teoria relacional do poder, de uma teoria relacional de construção da trajetória (FALEIROS, 1999, p. 25).

Após o levantamento das demandas sociais durante internação dos usuários e a identificação dos serviços responsáveis em dar seguimento aos cuidados, a articulação se dá em nível dos serviços, aciona-se essa rede através de contato telefônico, envio de relatório e raras vezes ocorre a visita institucional.

A Atenção Primária em saúde, por exemplo, é um serviço essencial e o mais requisitado pelo Serviço Social no momento da alta do usuário, por ser um

serviço porta aberta, e responsável pelo cuidado no território. Algumas unidades de saúde contam com o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde que desempenham um papel fundamental, visando a criação de vínculo com a comunidade e funcionando como um elo entre essa e a unidade de saúde, favorecendo os cuidados, dando visibilidade às necessidades de cada indivíduo, que devem ser supridas para que o mesmo não necessite retornar para internação em hospital de alta complexidade.

Os estados de saúde e doença não devem ser concebidos pelos profissionais do Serviço Social de forma cristalizada, mas processual e dinâmica, de forma a apreender o conceito de saúde com a amplitude necessária, com a criticidade que a formação profissional proporciona, atentando para a necessidade de transformações ainda maiores no sentido de adequação para as práticas na atenção à saúde estarem em convergência com o projeto ético-político, integradas aos princípios do SUS, com a valorização da vida e dos sujeitos atendidos com diferentes trajetórias, que demandam serviços de qualidade e acesso a direitos sociais básicos.

CONCLUSÃO

O conceito de saúde é inseparável das condições concretas de existência. O lugar que a saúde ocupa nas trajetórias de cada um é diferente porque as experiências são singulares, por isso faz-se imprescindível nas equipes profissionais, as contribuições teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, no sentido de corroborar para o debate e as intervenções que ultrapassem o trato da saúde apenas como negativo da doença (concepção fundamentada nas ciências biológicas e médicas), mas também concebendo

parâmetros amplos, qualitativos, vinculados à totalidade da vida social e os determinantes sociais em saúde.

Torna-se importante ressaltar que o Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), caracteriza-se como componente hospitalar do tipo III e momentaneamente atua com demanda referenciadas pelos demais serviços da rede de atenção à saúde, ou seja, o Pronto Socorro não se configura como serviço porta aberta e sim como retaguarda para outros serviços de atenção às urgências e emergência de menor complexidade. A atuação das equipes de Estratégias de Saúde da Família constitui-se espaço privilegiado para a atenção integral à saúde, devido a sua proximidade com a comunidade e à atenção domiciliar possibilita a contextualização na realidade vivenciada pelos sujeitos atendidos.

As Unidades Básicas de Saúde e a atenção básica de forma geral, podem representar a continuidade do acompanhamento e reabilitação da saúde. Desta forma, a busca pela integralidade no cotidiano do processo de trabalho do Assistente Social é um caminho para superar a fragmentação e a desarticulação da atenção à saúde da população. No trabalho em rede, o Assistente Social estabelece um novo olhar sobre as demandas, ou seja, um problema individual torna-se um problema coletivo. Assim ocorrendo, necessita-se trabalhar em ação conjunta, exigindo a interdisciplinaridade e participação de diversos atores para encontrar respostas coletivas, com olhar de totalidade.

Para que se possa produzir saúde na perspectiva da integralidade, o profissional precisa desenvolver estratégias criativas na busca por soluções para demandas singulares, mas que gerarão efeitos na coletividade. Estratégias essas que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os saberes, e um estreitamento das relações entre a rede de atenção e o que está diretamente ligado a uma comunicação efetiva entre os diversos atores comprometidos na produção do cuidado.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, F. T.; PAIVA, S de O. C. A velhice vítima de negligência: omissão do Estado e rebatimentos ao Serviço Social. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v 17, nº1, p. 247-262, 2014.

BRASIL. **Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974**. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6179.htm. Acesso em: 22 maio 2020.

. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011a.

. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Aprovar, na forma de anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: 2002.

CANUTO, Ondina et al. A Inserção do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, Ceará, v. 05, nº 01, p.65-76, 2004. Disponível em:

<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/124>. Acesso em: 06 jan. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS nº 493/2006, de 21 de agosto de 2006.** Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.13, p. 545- 555, 2009.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses:** profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ESTELLITA-LINS, C. A urgência/emergência como modelo crítico para a integralidade. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

FAERMANN L. A. A processualidade da entrevista no Serviço Social. **Revista Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 315 - 324, 2014. Disponível em:

<<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/16610/12514>>

Acesso em: 05 maio 2019.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 1999.

KRUGER, T. R. Serviço Social e Saúde: Espaços de atuação a partir do SUS.

Revista Serviço Social e Saúde. Campinas, v. 9, n. 10, p. 123- 145, 2010.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, nº. 107, p. 497-508, 2011.

MARTINELLI, M. L. O Serviço Social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. In: **Serviço Social & Sociedade**, nº 57. São Paulo: Cortez, 2009.

MATOS, E. P. D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Revista Texto Contexto-Enfermagem**: Florianópolis-SC, v. 15, p. 508-514, 2006. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>> Acesso em: 24 maio 2020.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **Ser Social**, Brasília, v. 11, n 25, p 221-243, 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12733/11135. Acesso em: 19 de set. 2019.

NIETSCHE E. A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí, RS: Unijuí, 2000.

OLIVEIRA, J. da L. **Tópicos especiais em Serviço Social I: gerontologia social**- Canoas: Ed. Ulbra, 2014.

, J. da L. **O processo de trabalho do Assistente Social e sua abordagem com moradores de rua**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2008.

O'DWYER, G. O. et al. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa qualiSUS. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, nº.5, p. 1632-1648, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/240767179_Avaliacao_dos_servicos_hospitalares_de_emergencia_do_estado_do_Rio_de_Janeiro/link/02e7e532ef51b537390

[00000/download](#). Acesso em: 18 de maio 2020.

SOUZA, R de O. Modelo Assistencial no Sistema Único de Saúde. **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

TEIXEIRA, S.M. O envelhecimento e as reformas no sistema de seguridade social no Brasil contemporâneo. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v.17, n.1,

p.126-137, jan/jul. 2018.

SILVA, A. A. A concepção sobre o usuário dos serviços públicos de saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA, PESQUISA E SERVIÇOS, 63, 1990, São Paulo. **Anais...** , pp. 159-169.

,