



Demandas Apresentadas ao Serviço Social da Urgência e Emergência Adulto do Hospital de Clínicas- UFPR

Fabiane Caroline Soares

Silvana Maria Escorsim

Demands Submitted To The Emergency And Emergency Social Service Of The Clinical
Hospital- UFPR

RESUMO

O estudo buscou conhecer as demandas apresentadas pelos pacientes e familiares/acompanhantes atendidos pelo Serviço Social da Unidade de Urgência e Emergência Adulto do Complexo Hospital de Clínicas- UFPR. Objetivou-se analisar e sistematizar as demandas de acordo com a realidade profissional e institucional. Trata-se de uma pesquisa documental de natureza quantitativa; os materiais utilizados para coleta de dados foram livros Ata utilizados pelo Serviço Social para descrição dos atendimentos que ocorreram no período de 01/03/18 a 01/05/18. Após a leitura, os dados foram transferidos para plataforma Google Forms, categorizados e submetidos a análise estatística. Como resultados, obteve-se que a categoria Acompanhamento de Rotina mostrou-se presente na atuação profissional dos assistentes sociais da unidade, destacando-se a relevância para os pacientes e familiares/acompanhantes atendidos, visto que o fluxo de usuários da instituição passa pelo Serviço Social e geralmente possui vínculo com este serviço. A categoria Trabalho Multiprofissional revela que a inserção do assistente social no Plano Multiprofissional reafirma o espaço de trabalho e pertencimento a equipe, fortalecendo-se os vínculos entre as profissões e traduzem-se os determinantes sociais que incidem na vida do paciente. Na categoria Comunicação, a maior demanda foram os contatos telefônicos, entre eles o de alta hospitalar, a saber que esta intervenção não é de cunho privativo do assistente social, ressaltando a necessidade de se debater entre as diversas profissões e com a instituição o esclarecimento das Competências e Atribuições Privativas do/a Assistente Social. Para isso, compreende-se o ajuste parcial dos fluxos existentes e planos de trabalho dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Demandas. Serviço Social. Urgência. Emergência.

ABSTRACT

The study sought to know the demands presented by patients and family members / companions attended by the Social Service of the Adult Urgency and Emergency Unit of the Hospital de Clínicas Complex - UFPR. The objective was to analyze and systematize the demands according to the professional and institutional reality. It is a documentary research of a quantitative nature; the materials used for data collection were minutes used by the Social Service to describe the services that took place from 03/01/18 to 05/01/18. After reading, the



data were transferred to the Google Forms platform, categorized and submitted to statistical analysis. As a result, it was found that the category Routine Monitoring was shown to be present in the professional performance of the unit's social workers, highlighting the relevance for patients and family members / companions attended, since the flow of users from the institution goes through the Service Social and is generally linked to this service. The Multiprofessional Work category reveals that the insertion of the social worker in the Multiprofessional Plan reaffirms the work space and belonging to the team, strengthening the bonds between the professions and translating the social determinants that affect the patient's life. In the Communication category, the greatest demand was for telephone contacts, including hospital discharge, namely that this intervention is not of a private nature for the social worker, emphasizing the need to debate among the various professions and with the institution to clarify the Competencies and Private Assignments of the Social Worker. For this, it is understood the partial adjustment of the existing flows and work plans of the professionals.

KEYWORDS: Demands. Social Worker. Urgency. Emergency.

INTRODUÇÃO

A residência em Urgência e Emergência é realizada nos setores da Unidade de Urgência e Emergência Adulto (U.U.E.A) do Complexo Hospital de Clínicas - UFPR. Os setores desta unidade são: Unidade Referenciada (UR), Centro de Terapia Semi Intensiva (CTSI), Unidade de Terapia Intensiva I (UTI I) e Unidade de Terapia Intensiva II (UTI II). A necessidade desta pesquisa mostrou-se presente na rotina de trabalho e residência, durante o período de residência observou-se a inexistência de dados e sistematização das demandas apresentadas ao Serviço Social da Unidade.

Desse modo, o objeto de estudo foi eleito a partir do problema de pesquisa: Quais as demandas dos pacientes e familiares/acompanhantes atendidos pelo Serviço Social da Unidade de Urgência e Emergência Adulto do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR?

Esta pesquisa traz como objetivo coletar e analisar as demandas que os pacientes e familiares/acompanhantes apresentam aos assistentes sociais da unidade, após compreender e sistematizar essas demandas de acordo com a realidade profissional e institucional.



O primeiro desdobramento foi a sistematização e documentação desses dados que até então eram invisíveis para o serviço, após análise e compreensão se evidenciou a realidade profissional dos assistente sociais da U.U.E.A, as demandas que os pacientes e seus familiares/acompanhantes trazem e, a partir disso, fomentou-se a discussão e a reflexão sobre as atribuições e competências privativas, frente ao entendimento que a instituição hospitalar tem destas e as demandas que encaminha aos profissionais.

No sentido mais simples demanda significa busca, necessidade de algo, Guerra et al (2015 p. 6-7), descrevem que:

No sentido etimológico, demanda significa procura. Trata-se de ação, ato ou efeito de buscar. Também possui sua particular utilização jurídica como processo e/ou a ação judicial: demanda judicial. Sinônimo de luta; ação de combater ou confortar. Reivindicação: ação de exigir, reivindicar, de demandar esforços para recuperar algo que pertence a outra pessoa. Podemos agrupar os diversos significados etimológicos da palavra demanda quatro eixos: 1) Solicitação de algo, especialmente quando se considera um direito, 2) Pergunta que se faz para uma pessoa, 3) Quantidade de mercadorias ou serviços que os consumidores pedem e estão dispostos a comprar, ofertas de produtos, 4) Documento através do qual se empreende uma ação judicial contra uma pessoa ou entidade para reclamar de algo.

O que podemos observar é que o conceito de demanda é amplo e dentro de um hospital que atende integralmente o Sistema Único de Saúde (SUS) e federal, que realiza atendimentos para a população de todo o país, essas demandas chegam como uma avalanche aos profissionais.

As instituições absorvem as demandas e as colocam frente aos seus objetivos e finalidades institucionais, desse modo, chegam aos profissionais do Serviço Social como:

De acordo com Amaral e Mota (1998, p. 25), requisições técnicas- operativas que, através do mercado de trabalho, incorporam as exigências dos sujeitos demandantes. Em outros termos, elas comportam uma verdadeira 'teleologia' dos requisitantes a respeito das modalidades de atendimento de suas necessidades. Por isso mesmo, a identificação das demandas não encerra o desvelamento das reais necessidades que as determinam (apud GUERRA et al, 2015)

Isto revela que há muitas outras necessidades nas demandas, mas que ao primeiro momento não são apresentadas, é preciso analisá-las de forma crítica e reflexiva



constantemente, tendo como norte o Projeto Ético Político¹ e o Código de Ética profissional².

Atrás das demandas imediatas geralmente há todo um histórico de direitos violados dos usuários. Quando chegam ao Serviço Social, já passaram por vários outros equipamentos públicos, políticas públicas tanto de saúde como de assistência social e por ser um campo de Urgência e Emergência eles as trazem com a mesma intensidade de imediatismo.

No Programa de Urgência e Emergência um de seus setores é a Unidade Referenciada (UR) que é uma das principais portas de entrada para o Complexo Hospital de Clínicas. Destaca-se que para atendimento na UR, primeiramente, os pacientes passam por uma triagem médica e de enfermagem e após são encaminhados para os leitos da UR ou dependendo da gravidade para outra unidade de internamento do hospital. Há casos em que os profissionais de saúde, após a triagem, entendem que o paciente deve procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); ambas encontram-se no nível primário de atenção à saúde e, desse modo, os níveis de atenção em saúde são respeitados, pois o CHC-UFPR encontra-se no nível terciário de alta complexidade hospitalar.

Franco e Merhy (2005, apud Souza, Botazzo, 2013, p. 7) pontuam que:

A busca pelo serviço de saúde se dá, através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. E essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir também, de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa ideia do que o serviço tem a lhe oferecer.

¹ Em resposta à histórica requisição social, bem como às finalidades, objetivos, valores e princípios com direção ética e política da profissão, os Assistentes Sociais brasileiros possuem o compromisso com a classe trabalhadora e os processos emancipatórios na perspectiva de uma sociedade igualitária. O projeto ético e político do Serviço Social, que orienta o exercício e a formação profissional, resultou de um processo histórico de construção coletiva, sob a direção das entidades nacionais da categoria (CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO). Este projeto de profissão e sociedade é explicitado no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e nas Diretrizes Curriculares aprovadas pela ABEPSS em 1996. http://www.cfess.org.br/arquivos/folder_cofisite.pdf. Acessado em: 28 de jan. de 2020.

² O Código de Ética Profissional representa a dimensão ética da profissão, tendo caráter normativo e jurídico. Ele delinea parâmetros para o exercício profissional, define direitos e deveres dos assistentes sociais, buscando a legitimação social da profissão e a garantia da qualidade dos serviços prestados. Ele expressa a renovação e o amadurecimento teórico-político do Serviço Social e evidencia em seus princípios fundamentais, o compromisso ético-político assumido pela categoria. <https://www.cress-mg.org.br/Menu/Servi%C3%A7o%20Social>. Acessado em: 28 de jan. de 2020.



Sendo esta uma das grandes dificuldades apresentadas ao setor de Urgência e Emergência deste hospital e que reflete no trabalho de todas as profissões existentes na instituição, visto que muitos pacientes e seus familiares/acompanhantes, por vezes, não tem fácil entendimento desta dinâmica de atendimentos e após atendidos no CHC, não procuram como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), equipamentos da atenção básica de saúde.

Há ainda a demanda para a U.U.E.A de pacientes “vaga zero”, que segundo a:

Resolução nº 2.077/14, do Conselho Federal de Medicina (CFM): 1º “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências. 2º O encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que deverão, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014)

Pelas prerrogativas da Resolução sobre a “vaga zero”, o hospital não pode negar-se a receber estes pacientes, independentemente de ter vagas disponíveis ou não, são encaminhados via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), aos hospitais de acordo com suas especialidades.

Inicialmente é neste setor que surgem para os assistentes sociais da U.U.E.A, grande parte das demandas atendidas; é o momento em que os pacientes e familiares/acompanhantes apresentam aos profissionais suas necessidades e busca de algo para aquele internamento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental de natureza quantitativa. Gil (2002, p. 45-46) nos diz que a pesquisa documental assemelha-se muito a bibliográfica. A diferença entre elas está



nas fontes; enquanto a pesquisa bibliográfica usa as contribuições de vários autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental utiliza-se de materiais que ainda não receberam nenhuma análise ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetos de pesquisa.

Neste estudo foram coletados os dados dos livros ata, registros em que as profissionais do Serviço Social descrevem seus atendimentos do setor da U.U.E.A e o período da coleta de dados ocorreu de 01/03/18 a 01/05/18. Os mesmos foram lidos atenciosamente e identificados os tipos de demandas que os pacientes e familiares/acompanhantes trouxeram ao Serviço Social desta unidade.

Já sobre a análise de dados de natureza quantitativa Minayo (2001, pg. 23) nos relata que é a utilização dos termos tipo matemáticos que trazem a compreensão da realidade, a consequência é a apropriação da linguagem de variáveis para especificar atributos e qualidades do objeto de investigação. Na defesa do método quantitativo enquanto suficiente para explicarmos a realidade social está à questão da objetividade.

A pesquisa do tipo levantamento de dados é pertinente, pois proporciona informações gerais da população e é indispensável para a investigação social. Gil (2002, p. 51) nos cita as principais vantagens do levantamento de dados.

a) conhecimento direto da realidade: à medida que as próprias pessoas informam acerca de seu comportamento, crenças e opiniões, a investigação torna-se mais livre de interpretações calcadas no subjetivismo dos pesquisadores; b) economia e rapidez: desde que se tenha uma equipe de entrevistadores, codificadores e tabuladores devidamente treinados, torna-se possível a obtenção de grande quantidade de dados em curto espaço de tempo. Quando os dados são obtidos mediante questionários, os custos tornam-se relativamente baixos; c) quantificação: os dados obtidos mediante levantamento podem ser agrupados em tabelas, possibilitando sua análise estatística. As variáveis em estudo podem ser quantificadas, permitindo o uso de correlações e outros procedimentos estatísticos. À medida que os levantamentos se valem de amostras probabilísticas, torna-se possível até mesmo conhecer a margem de erro dos resultados obtidos.

Sobre o conhecimento da realidade a pesquisadora procedeu a leitura e análise dos dados sobre os atendimentos realizados pelas profissionais da unidade, levando em consideração a



realidade do Serviço Social destes setores e o tempo de prática profissional como residente nesta área.

Sobre a economia e rapidez, as demandas foram passadas primeiramente ao Google Forms uma a uma, e após categorizadas de acordo com a rotina do Serviço Social da U.U.E.A e submetidas à análise estatística. O que torna o custo desta pesquisa zero, visto a existência de internet e laboratório com computadores disponíveis, dentro das dependências do CHC- UFPR, para os residentes iniciarem e concluírem suas pesquisas.

A quantificação com o formulário Google Forms apresentou todas as demandas expostas pelos pacientes ou familiares/acompanhantes atendidos pelo Serviço Social e foram construídos gráficos com dados em porcentagem. Por fim, para a categorização, Gomes (2001, p. 70) refere que:

A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada a ideia de classe ou série. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideais ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de pesquisa.

Após coletados os dados e transferidos para a plataforma Google Forms, apareceram certa quantidade de demandas significativas, então conforme interpretação, análise e prática profissional foram categorizadas de acordo com realidade profissional e institucional e após descritas pelo tipo de demanda que compôs cada categoria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DEMANDAS APRESENTADAS: Entre as orientações estão as previdenciárias, trabalhistas, sobre Benefício de Prestação Continuada (BPC), procuração/curatela, bolsa família, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), unidade básica de saúde (UBS), medicação de alto



custo, defensoria pública, ministério público, horário de visita, permanecer como acompanhante, secretaria de saúde, suporte ventilatório domiciliar, tarifa social de energia.

Entre os encaminhamentos estão para isenção tarifária, Tratamento Fora do Domicílio (TFD), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), instituições de longa permanência, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), unidade básica de saúde (UBS), consultório de rua-Curitiba/PR, medicação de alto custo, defensoria pública, ministério público, secretarias de saúde, suporte ventilatório domiciliar, tarifa social de energia, Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), Serviço de Atendimento ao Domicílio-Curitiba/PR (SAD).

Ainda apareceram demandas como alta hospitalar, contato com a Rede Assistencial/Proteção, notificação obrigatória, reunião com familiares/acompanhantes e equipe multiprofissional, contato com familiares/acompanhantes, busca ativa, entrevista Social, acompanhamento de rotina, sem demandas para o Serviço Social, demandas para outros profissionais, sem intervenções por troca de setor (passagem), solicitação de Atualização no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), acolhimento ao luto, contato pós óbito (documentação), trabalho multiprofissional, declaração de comparecimento, relatório social, alta social, plano multiprofissional e identificação de paciente sem documentos.

Pode-se observar que as quantidades de demandas foram diversificadas, desde atribuições privativas do assistente social até às demandas que correspondem a outros profissionais e setores de outras áreas do hospital.

Segundo Morais (2016 apud Vasconcelos; 2011), trabalhar as demandas imediatas como a dor, sofrimento, falta de tudo, morte, perdas, falta de condições de vida, sem perder a perspectiva de médio e longo prazo, é um dos grandes conflitos enfrentados pelos assistentes sociais no âmbito hospitalar.



Conforme os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde (CFESS, 2010) um elemento a ser considerado é a existência de conceitos que são fundamentais para a intervenção dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde:

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.” (Brasil. Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

Nesta concepção é fundamental considerar o contexto e as condições sociais que impactam no processo saúde-doença³ dos usuários; este não depende somente de fatores biológicos, mas de vários condicionantes que são chamados de determinantes do processo saúde-doença. Esses determinantes revelam que vários fatores no dia a dia tendem a oferecer uma grande variedade de estímulos que interferem direta ou indiretamente no processo saúde-doença dos indivíduos.

Para o atendimento dos pacientes ou familiares/acompanhantes atendidos pelo Serviço Social da unidade é necessário levar em consideração mais um elemento importante. Os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde (CFESS, 2010) dizem que são as condições de saúde do trabalhador.

A realidade atual apresenta a precarização das condições de trabalho, mercado informal, restrição de direitos e a mais importante para o momento: a reforma da previdência, realizada

³ O processo saúde-doença é um conceito central da proposta de epidemiologia social, que procura caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais; cada situação de saúde específica, individual ou coletiva, é o resultado, em dado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos. A ênfase, nesse caso, está no estudo da estrutura socioeconômica, a fim de explicar o processo saúde-doença de maneira histórica, mais abrangente, tornando a epidemiologia um dos instrumentos de transformação social (Rouquayrol, 1993). Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf. Acessado em: 28 de jan. de 2020.



no atual governo.

CATEGORIZAÇÃO DAS DEMANDAS APRESENTADAS

Como primeira categoria apresentada, o *Acompanhamento de Rotina* inclui as atividades realizadas pelos assistentes sociais diariamente com os pacientes ou familiares/acompanhantes no setor. Nesta categoria, a maior demanda é a entrevista social que é realizada com os pacientes quando estão lúcidos, orientados e em condições de fala e quando não, é realizada com seus familiares/acompanhantes, a fim de obter o maior número de informações a respeito do paciente e suas condições sociais que visam interferir no internamento e na recuperação do paciente; é através da entrevista social que se conhece o paciente, seu histórico de vida e identificam-se as demandas e criam-se os vínculos seja com o paciente ou com seus familiares/acompanhantes.

É através da entrevista social que se realizam todos os outros encaminhamentos necessários, o tipo de entrevista que é utilizada pelos assistentes sociais nestas intervenções é a entrevista semiestruturada ou semidirigida que segundo Lavoratti (2016, p. 89-90):

As entrevistas de natureza semiestruturada possibilitam uma maior espontaneidade aos entrevistados, que não se restringem a responder apenas ao tema questionado. A entrevista semiestruturada é entendida, portanto, como aquela que, além de possuir questões norteadoras e objetivos preestabelecidos, deixa espaço para o surgimento de outros aspectos não previstos pelo entrevistador.

Importante ressaltar que às vezes são necessárias mais de uma entrevista com os pacientes ou seus familiares/acompanhantes para se chegar a um objeto de intervenção.

Ainda, entram nessa categoria: a busca ativa, atendimentos pontuais aos pacientes para que informem se determinado encaminhamento interno/externo feito pelo assistente social de fato se concretizou; declaração de comparecimento descrita pelo assistente social quando o



mesmo realizou atendimento e sabe que realmente o familiar/acompanhante esteve presente na unidade seja como acompanhante ou visitante na internação do paciente, destacando-se que a declaração de comparecimento feita pelo Serviço Social não vale como atestado médico que abona o dia no trabalho por exemplo e sim para ciência de que o mesmo se encontrava no hospital em dias e horários determinados.

Na segunda categoria temos o ***Trabalho Multiprofissional***. Entram nessa categoria as ações que envolvem o assistente social e outros membros da equipe do setor de outras profissões.

Nesta categoria há uma demanda relevante para o trabalho do assistente social da U.U.E.A: o Plano multiprofissional ou Plano terapêutico, dentro do plano todos os profissionais têm a oportunidade de fala e de acordo com sua profissão estabelecem juntos com toda a equipe multiprofissional intervenções a serem realizadas no paciente ou com seus familiares/acompanhantes.

Levam-se questões pertinentes ao cuidado do paciente para além da parte médica compreendendo o paciente como um todo e todos os seus determinantes sociais. Segundo Merhy; Gallo (1995 apud Moura; 2016), nos dizem que:

O projeto terapêutico deve ser um instrumento que responda às demandas objetivas e subjetivas dos usuários e tem como objetivo a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado. Os quatro momentos contemplados no PT: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidade entre os membros da equipe de referência e a reavaliação, são práticas inclusas na Política de Humanização do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um projeto prospectivo, após uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, sendo acordados procedimentos à cargo de diversos membros da equipe multidisciplinar.

A inserção do profissional no Plano multiprofissional reafirma seu espaço de trabalho e de pertencimento a equipe da unidade; fortalecem-se os vínculos entre as profissões e traduzem-se os determinantes sociais que incidem na vida do paciente e familiares/acompanhantes atendidos na U.U.E.A- CHC/UFPR.



Com o tempo de trabalho e participação nos Planos nos setores da U.U.E.A, observa-se que dos 4 setores da unidade, não são em todos que o Plano Multiprofissional acontece de fato, com todas as suas finalidades, há setores em que o plano é muito longo e exaustivo, setores em que o plano acontece só algumas vezes na semana, alguns em que fica muito claro que a medicina ainda tem resquícios de soberania sobre as outras profissões da saúde e outros em que determinadas profissões ficam excluídas deste espaço multiprofissional.

Comunicação é a terceira categoria. Nela entram todas as formas de contato sejam elas com pacientes, familiares, acompanhantes, municípios, secretarias e afins e podem ser realizadas via e-mail, whatsapp ou contato telefônico que foi a maior demanda que os pacientes ou familiares/acompanhantes apresentaram dentro desta categoria.

Sabe-se que o instrumento número um do Serviço Social é a linguagem, pois é ela quem possibilita a comunicação entre os profissionais e aqueles com quem interagem, os usuários. Considerando que a comunicação é elemento primordial das relações interpessoais, profissionais e está presente em qualquer ação do Assistente Social (IAMAMOTO (2005) apud CORDEIRO, MARTINS, 2013, p. 3).

Os contatos telefônicos foram realizados para comunicar alta hospitalar do paciente a seus familiares/acompanhantes, prestar informações quanto ao horário de visitas dos setores, contato com pacientes e familiares para que venham até o hospital para assinatura de documentos a pedido da equipe médica e multiprofissional para realização de procedimentos, transporte para alta hospitalar por ambulância do município de origem ou até mesmo solicitação de contato com táxi com um preço mais acessível. Também, para que tragam aos pacientes internados as medicações de uso contínuo, quando equipe médica entende ser necessário, pertences pessoais, contato informando troca de setor do paciente, contato com a Rede de Proteção externa ao CHC/UFPR sobre histórico de atendimentos do paciente e identificação do



mesmo.

Também, contato com os municípios para trâmites do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), que geralmente são para o transporte de vinda e ida do paciente e acompanhante, quando se faz necessário para o retorno de consultas ambulatoriais após alta hospitalar ou para o familiar/acompanhante ter acesso a casa de apoio que alguns municípios têm vinculados na cidade de Curitiba- PR e em casos esporádicos para o paciente ter acesso ao custeio total dos dias de seu internamento via Portaria nº 55 do TFD⁴.

Ressalta-se que esta categoria evidencia aspectos incoerentes a este tipo de intervenção realizada pelo Serviço Social da U.U.E.A e num contexto geral dos assistentes sociais do CHC/UFPR, que compreendem a importância deste serviço aos pacientes e familiares/acompanhantes mas que, ao mesmo tempo, notam que esta intervenção não é de cunho privativo do assistente social, podendo este serviço ser realizado pela secretaria do setor em casos mais pontuais, como a maior demanda apresentada entre os contatos telefônicos realizados, por exemplo, a comunicação de alta hospitalar. Os Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010, p. 46-47) diz que:

A equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ ou falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos, a saber: marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.

⁴ PORTARIA Nº 55, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências.



Entendem-se como não atribuições dos assistentes sociais porque elas possuem uma dimensão técnico-administrativa; em sua rotina, o assistente social passa por grandes dificuldades sobre o que são suas atribuições e competências privativas, frente às demandas da equipe de saúde, tendo em vista a rotina hospitalar que é exaustiva e no setor da U.U.E.A lida-se com a morte constantemente, situações de extrema urgência e emergência que por vezes fazem com que o profissional realize ações imediatistas e tecnicistas.

Vasconcelos (2006, p. 4) afirma que “É pelo conjunto da prática dos assistentes sociais que a profissão de Serviço Social é reconhecida ou não, valorizada ou não, respeitada ou não, conquistando sua autonomia e espaços ou não”.

Na quarta categoria englobamos os *Encaminhamentos Internos/Externos*, que se tratam dos encaminhamentos realizados pelo Serviço Social a outros profissionais, aos setores internos do hospital e para Rede de serviços públicos externa ao CHC/UFPR.

Nos encaminhamentos internos/externos realizados, encontram-se anotações de encaminhamentos de isenção tarifária para pacientes que residem em Curitiba e na região metropolitana para tratamento dia CHC e para acompanhantes de pacientes internados sem data para alta hospitalar, encaminhamentos para Tratamento Fora do Domicílio (TFD), encaminhamentos para o Centro de Referência em Atenção Psicossocial (CAPS).

Sobre estas intervenções nos encaminhamentos internos/externos realizados pelo profissional Vasconcelos (2006, p. 8), diz que podem ser:

Atendimento individual, realizado através de uma única entrevista, sendo raros os retornos objetivando a continuidade ou acompanhamento da demanda apresentada; Atendimento à demanda espontânea/livre, à demanda encaminhada pelos demais profissionais/ou serviços da unidade de saúde e encaminhada por outras instituições;

O que se deve pautar aqui é que estas ações resultam em atendimentos que raramente tem continuidade, tanto interna quanto externa. Há falta de diálogo entre os profissionais e as



instituições que compõem a Rede de Proteção aos usuários.

Encaminhamentos para instituições de longa permanência, encaminhamentos para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), para a Unidade Básica de Saúde (UBS), Consultório na Rua.⁵Solicitação de atualização de registro do paciente no Sistema de informações Hospitalar (SIH), encaminhamentos para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), encaminhamentos para medicação de alto custo em situações esporádicas, para a Defensoria Pública geralmente em situações de curatela do paciente, Ministério Público em casos de violência, negligência e processos burocráticos do Sistema Único de Saúde (SUS), Ouvidoria da instituição ou Ouvidoria do SUS, Secretaria de Saúde para processos de TFD e rotinas da Rede de saúde do município do paciente.

Sobre estas atividades Vasconcelos (2006, p. 9) relata que deve- se atentar para que:

Estes encaminhamentos, buscando “resolver o mau funcionamento das rotinas das unidades” e/ou da falta de resolubilidade de seus serviços, jogam o usuário para o próximo serviço e/ou para fora da unidade - empurrando o “problema” para frente, sem que ali estivessem esgotadas todas as possibilidades de atendimento às demandas dos usuários: reais, potenciais, aparentes e ocultas, imediatas e mediatas, implícitas e explícitas.

De modo que não reduza a prática do assistente social a uma prática burocrática, assistencialista ou tecnicista, para que não sejam encaminhamentos internos/externos pontuais sem organização e planejamento necessários para uma prática reflexiva.

A autora mencionada (VASCONCELOS, 2006, p.11) nos faz refletir sobre estas demandas ressaltando que “as demandas atendidas pelos assistentes sociais, em sua maioria,

⁵ O programa Consultório na Rua, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, realizou 5 mil atendimentos desde a sua implantação, em agosto do ano passado. Com o objetivo de levar saúde para os moradores em situação de rua, quatro equipes do consultório – formadas por médico, auxiliar de enfermagem, enfermeiros, psicólogo, assistente social, dentista e auxiliar de saúde bucal – percorrem regiões da cidade oferecendo o atendimento necessário à população. Curitiba conta com 4 equipes de Consultório na Rua e já atende 25% dos 4 mil moradores de rua existentes da cidade. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/sas/10619-programa-consultorio-na-rua-e-destaque-em-curitiba>. Acessado em: 08 de fev. de 2020.



recebidas através de encaminhamentos, estão relacionadas ao funcionamento dos serviços prestados pelas unidades de saúde e/ou à dinâmica da própria unidade e/ou à doença em si”.

Afirma também que independente da unidade de saúde, subjugando o trabalho dos assistentes sociais ao movimento interno da unidade de saúde, tornando suas ações complementares às ações dos demais profissionais de saúde e/ou funcionais à dinâmica interna da unidade em última instância, funcionais à ordem social vigente.

Todos os assistentes sociais do CHC/UFPR encaminham também as Notificações Obrigatórias⁶ (NOs), realizadas em seus respectivos setores de atuação. Em geral, é o médico que faz os relatos na N.O, do tipo de violência identificada, frequentemente, porque entre os profissionais da saúde é o primeiro a ter contato com o paciente; houve seus relatos e examina o corpo do mesmo, lembrando que qualquer profissional da saúde que identifica a violência deve preencher a Ficha de Notificação Obrigatória⁷.

Após, devidamente preenchidas a NO, o Serviço Social encaminha para a Rede de Proteção, juntamente com um relatório social baseado nos atendimentos da equipe multiprofissional e principalmente na perspectiva do Serviço Social e encaminha somente a ficha para o Serviço de Epidemiologia do CHC/UFPR.

Por fim, esta categoria também contempla encaminhamentos internos/externos para Suporte Ventilatório Domiciliar (O² domiciliar, ventilação mecânica, BIPAP, etc) que eram

⁶ Ficha Individual de Notificação (FIN) e Ficha de Notificação/Conclusão (FNC). A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A ficha de notificação individual contém os atributos comuns a todos os agravos, tais como, dados gerais sobre o agravo e unidade notificadora, dados do paciente (nome, idade, sexo, escolaridade, etc.), dados de residência do paciente. Ela deve ser utilizada para registro de notificação negativa, notificação individual por agravo, notificação de surto e de Inquérito de Tracoma.

⁷ PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.



realizados pelo Serviço Social da U.U.E.A, nesta época.

Desde o 2º semestre de 2.018 nas dependências da U.U.E.A as altas hospitalares, referências, contra referências, suporte ventilatório domiciliar e tudo que o paciente necessita no pós alta é feito pela Gestão de Altas CHC/UFPR, e o Serviço Social é acionado, quando necessário, para prestar orientações e encaminhamentos com cunho de atribuição privativa. O que algumas profissionais do Serviço Social relatam como uma conquista, visto que antes todos os processos burocráticos da alta hospitalar eram atribuídos somente ao Serviço Social.

Na quinta categoria tem-se as *Orientações/Informações*, que contemplam as orientações/informações repassadas, sendo elas as previdenciárias, trabalhistas, sobre benefício de prestação continuada (BPC), procuração, curatela, bolsa família, funcionamento do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Unidade Básica de Saúde (UBS), medicação de alto custo, funcionamento da defensoria pública, ministério público, horários de visita das Unidades, bem como a permanência como acompanhante nas dependências da U.U.E.A, secretaria de saúde, suporte ventilatório domiciliar, tarifa social de energia. Esta provém das demandas trazidas pelos usuários.

Como pode-se observar, trata-se de uma categoria muito ampla com muitos temas para orientar/informar, mas, que não podem deixar de serem repassadas visto a necessidade de instrumentalizar os usuários para acessar as políticas públicas e o SUS.

Segundo os Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010, p. 44), esta categoria classifica-se como ações socioassistenciais e deve: “democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária”.

Estas ações em saúde não devem apenas pautar-se pelo fornecimento de orientações/informações, sua intencionalidade final visa a participação dos usuários no



conhecimento crítico da sua realidade e instrumentalizar os pacientes ou familiares/acompanhantes para a construção de estratégias coletivas de intervenção, mobilizando e incentivando os usuários e suas famílias/acompanhantes a participar do processo de controle democrático dos serviços prestados dentro do SUS.

Elencamos na sexta categoria o *Serviço Social de Acolhimento ao Luto (SSAL)*, que era uma intervenção específica do Serviço Social CHC/UFPR. Eram profissionais plantonistas, assistentes sociais, que no dia- dia atendiam questões do hospital no geral e nos casos de óbito eram acionados pelos setores.

O assistente social deste serviço orientava e repassava todas as informações necessárias para a parte burocrática após o óbito. É o profissional do setor que faz o contato telefônico com os familiares pedindo para que venham até o hospital para conversar com a equipe médica.

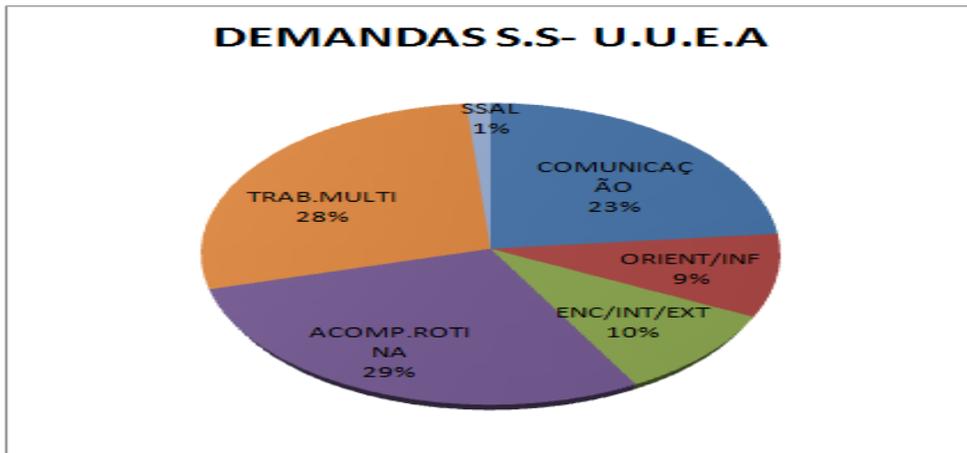
Compreende-se que esta não é uma atribuição privativa do assistente social e que em algumas instituições há um agente funerário que faz essas orientações após o óbito. O assistente social poderia atender às orientações às políticas sociais em especial as previdenciárias com os familiares/acompanhantes, por exemplo, identificando se o familiar tem direito a pensão pós óbito do paciente e realizando os devidos encaminhamentos.

Quando não havia o plantonista do Serviço Social de Acolhimento ao Luto (SSAL), o profissional responsável pelo setor atendia os casos de óbito.

ANÁLISE DA PESQUISA QUANTITATIVA

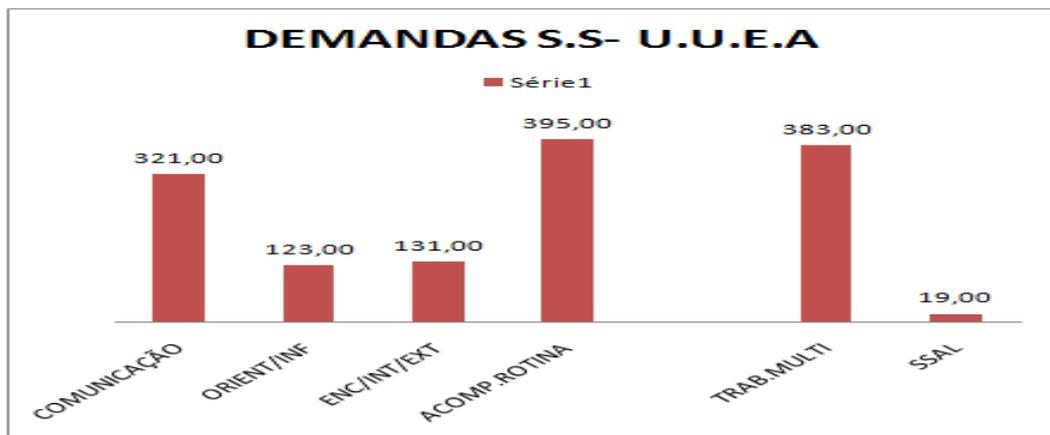
Os dados coletados foram divididos em categorias que foram tabuladas e são apresentadas através dos gráficos.

Gráfico 1 - Demandas Categorizadas para o Serviço Social



Fonte: Livro Ata de Atendimento Diários da U.U.E.A/CHC- 2018.

Gráfico 2 - Demandas Quantificadas para o Serviço Social



Fonte: Livro Ata de Atendimento Diários da U.U.E.A/CHC- 2018.

Através da coleta de dados quantitativa temos em números um total de **1.372** intervenções realizadas com os pacientes e familiares/acompanhantes atendidos pelo Serviço Social da Unidade de Urgência e Emergência Adulto, foram apresentadas **50** tipos de demandas



aos profissionais que foram colocadas em **6** categorias principais, representadas nos gráficos. Foram coletados dados de março a maio de 2.018 que totalizaram em **408** atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o levantamento de dados, análise, leituras e compreensão da realidade vivenciada como assistente social e residente, a pesquisadora tem como considerações finais algumas respostas que a pesquisa documental de natureza quantitativa proporcionou.

Inicialmente, a maior parte das demandas apresentadas ao Serviço Social dessa unidade concentra-se na categoria Acompanhamento de Rotina com 29% que totalizaram 395 intervenções no período de pesquisa. A categoria Acompanhamento de Rotina mostra-se presente na atuação profissional dos assistentes sociais da U.U.E.A.

O que mostra que os profissionais estabelecem fortes vínculos com os pacientes e seus familiares/acompanhantes atendidos, compreendendo seus determinantes sociais e que podem interferir em seu tratamento de saúde, alta hospitalar e afins.

A categoria Acompanhamento de Rotina revelou também que os vínculos estabelecidos entre os assistentes sociais da unidade e os pacientes e familiares/acompanhantes impactam diretamente no trabalho multiprofissional que é a próxima categoria de demandas trazidas pelos usuários.

A segunda categoria Trabalho Multiprofissional, trouxe a relevância do assistente social inserido no Plano Multiprofissional que ocorre nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) diariamente.

O assistente social quando inserido diariamente nesta rotina cria vínculos com a equipe multiprofissional o que estabelece o pertencimento a equipe do setor, facilita a comunicação entre as diversas profissões e as intervenções a serem realizadas para os pacientes ou para seus



familiares/acompanhantes, fortalecendo o trabalho multiprofissional que se debate tanto na área da saúde.

Diante da análise desta categoria verificou-se que os usuários demandam desta categoria em grande volume, mas que diante da realidade profissional e institucional deste hospital, os assistentes sociais não conseguem estar presentes em todos os setores da Urgência e Emergência e que não participam do Plano Multiprofissional diariamente pela falta de profissionais no quadro da instituição.

O ponto construtivo desta categoria é que mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, a categoria mostrou que o grande fluxo de usuários do Complexo Hospital de Clínicas - UFPR passa pelo Serviço Social.

A terceira maior categoria apresentada ao Serviço Social foi a de Comunicação e que a maior demanda nesta foram os contatos telefônicos entre eles o de alta hospitalar. Sabe-se que esta intervenção não é de cunho privativo do assistente social. O que reforça a necessidade de se debater entre as diversas profissões e com a instituição o esclarecimento das Competências e Atribuições Privativas do/a assistente social.

Esta categoria revelou e salientou a relevância de se identificar as demandas que os usuários levam ao Serviço Social, mostrando que os assistentes sociais devem realizar estudos sobre estas trazidas pelos usuários, instituição, profissionais a fim de não somente intervir naquelas que são selecionadas pelas demais profissões.

Os dados quantificados revelaram a variação da natureza demandas, as solicitações postas e impostas ao Serviço Social, para as quais o profissional deve levar em consideração as que trazem consigo um perfil dos usuários atendidos nestes setores e possibilite compreender as reais necessidades dos pacientes e seus familiares/acompanhantes.



Considera-se também que as demandas necessitam de teoria para serem identificadas, reconhecidas pelos assistentes sociais como demandas para o Serviço Social, a fim de não se tornarem apenas rotinas da instituição, tornando-se uma prática sem propósito concreto; é necessário que o profissional faça uma análise dos seus serviços prestados à população usuária, levando em consideração os direitos sociais e o direito à saúde.

O que a pesquisa desvelou por fim é a necessidade do Serviço Social realizar estudos, pesquisas, levantamentos e afins visando identificar as reais necessidades dos pacientes e seus familiares/acompanhantes atendidos em suas unidades, destaca a urgência em se ajustar parte dos fluxos e planos de trabalho existentes dos assistentes sociais, a fim de contraporem-se ao exercício de atividades que não lhes competem na maioria das vezes.

Ao final, a pesquisa reafirma conforme as leituras e através dos dados coletados que as demandas institucionais não podem e não devem ser um obstáculo para o exercício profissional e sim identificadas através de estudos que forneçam dados quantitativos, pois, abre-se a possibilidade de se descobrir os indicadores para a prática profissional como os apresentados na pesquisa.

Dados que podem ser levados às chefias de serviços, departamentos para o debate, entendendo-se como algo concreto, documentado, sistematizado e baseado na realidade institucional.

Este processo de sistematização permite a reflexão do profissional sobre sua prática profissional, identificar equívocos, urgências, contradições e tudo que possa ser modificado para o melhor atendimento dos usuários e seus familiares/acompanhantes, assim como também podem identificar o que está funcionando adequadamente e não precisa ser revisado.



É de relevância sistematizar para manter a teoria aliada a prática do assistente social, a rotina de trabalho faz com que o profissional não identifique o que de fato é importante para atuação profissional, o que não está documentado logo não é concreto e parece não existir.

E mesmo após a sistematização o profissional precisa estar atento às atualizações entendendo que as políticas públicas e sociais, na atualidade, estão em um movimento de constante mudança devido ao aprofundamento do modelo econômico neoliberal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Grupo de trabalho Serviço Social na saúde. Brasília, 2010.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições Privativas do/a Assistente Social em Questão**. Comissão de Fiscalização CFESS. Brasília, 2012.

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

Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em < <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html> > Acesso em: 03 de dez. de 2019.

Gil, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º ed. São Paulo, Ed. Atlas 2002. Disponível em < [http://www.urca.br/itec/images/pdfs/modulo%20v%20-%20como elaborar projeto de pesquisa - antonio carlos gil.pdf](http://www.urca.br/itec/images/pdfs/modulo%20v%20-%20como%20elaborar%20projeto%20de%20pesquisa%20-antonio%20carlos%20gil.pdf) > Acessado em: 17 de dez. de 2019.

GUERRA, Yolanda Aparecida Demetrio, REPETTI, Gustavo Javier, ANDRADE, Antonio Filho, SILVA, Platini Boniek Sardou, ALCANTARA, Elton Luiz da Costa. Atribuições, Competências, Demandas e Requisições: o trabalho do assistente social em debate. **XV ENPESS**, 04 a 08 de dez. de 2016. Disponível em < <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-e-outros-201804131237474299190.pdf> > Acesso em: 16 de dez. de 2019.

JUSTINA, Eglea Yamamoto Della. SILVA, Mateus Batista. SALOMÃO, Priscyla Carniatto. ALMEIDA, Lirane Ferreto. FOLLADOR, Franciele Ani Caovilla. **II Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas – II CONAPE Francisco Beltrão/PR**, 02, 03 e 04 de outubro de 2013. Determinantes do Processo Saúde-Doença: Bairro Novo Mundo–



Francisco Beltrão PR. Disponível em < http://cac.php.unioeste.br/eventos/conape/anais/ii_conape/Arquivos/medicina/Artigo12_9.pdf > Acesso em: 03 de dez. de 2019.

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei 8.662, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

MORAES, Maria Derli de Oliveira; ESCORSIM, Silvana Maria. **Intervenção do Serviço Social no Hospital do Trabalhador: Avanços e Desafios para a Materialização do Projeto Ético- Político da Profissão e Princípios e Diretrizes do Sus.** 2016. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso -Faculdade Bagozzi- Grupo Educacional, Curitiba, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (organizadora), DESLANDES, Sueli Ferreira, NETO, Otavio Cruz, GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 21º Ed. Editora Vozes, Petrópolis, 2002. Disponível em < <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf> > Acesso em: 20 de dez. de 2019.

MOURA, Mara Michele Nunes. Implementação do Plano Terapêutico para redução do período de internação em uma unidade de clínica médica de um hospital público do Estado de São Paulo. **Anais do V SINGEP**, São Paulo, 20, 21 e 22 de nov. de 2016. Disponível em < <https://singep.org.br/5singep/resultado/181.pdf> > Acesso em: 13 de nov. de 2019.

Revista Políticas Públicas v.2_n. 2-5. pdf. **Condições de Trabalho e Saúde de Assistentes Sociais no Âmbito das Políticas Públicas.** Disponível em < <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/download/8243/5087> > Acesso em: 05 de dez. de 2019.

RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Disponível em < <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf> > Acessado em: 04 de dez. de 2019.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.17, n. 32, p. 01-60, jul./dez.2013. CORDEIRO, Ana Gisele Martins; MARTINS, Audrey do Nascimento Sabbatini Martins. **Uma nova leitura da Comunicação no Serviço Social.** Disponível em < <http://ojs.ite.edu.br/index.php/css/article/download/132/179> > Acesso em: 04 de dez. de 2019.

Sinditest-PR. Sindicato dos Trabalhadores em Educação das Instituições Federais de Ensino Superior no Estado do Paraná. Disponível em < <https://www.sinditest.org.br/2019/09/nota-sobre-a-demissao-de-trabalhadores-da-funpar-hc/>> Acesso em: 04 de dez. de 2019.

SOUZA, Carolina Rogel e BOTAZZO, Carlos. **Construção social da demanda em saúde.** Physis: Revista de Saúde Coletiva. Disponível em <



http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200005 >

Acessado em: 17 de dez. de 2019.

VASCONCELOS, A. M. **Serviço Social e Práticas Democráticas em Saúde.** In: MOTA, A. E. et al. (orgs.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006a. Disponível em < http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf >
Acessado em: 15 de jan. de 2020.