



Trajetórias e Perspectivas do Serviço Social na Saúde de Uberlândia

Bruna Domingos Peres
Eleusa Rezende Costa Pereira Lima
Telma Cardoso de Sá Abreu Moreira
Thays Peres Brandão
(Organizadores)



AYA EDITORA
2023

Bruna Domingos Peres
Eleusa Rezende Costa Pereira Lima
Telma Cardoso de Sá Abreu Moreira
Thays Peres Brandão
(Organização e Elaboração)

Trajetórias e perspectivas do serviço social na saúde de Uberlândia

Ponta Grossa
2023

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organização e Elaboração

Bruna Domingos Peres

Eleusa Rezende Costa Pereira Lima

Telma Cardoso de Sá Abreu Moreira

Thays Peres Brandão

Colaboradores

Ailton de Souza Aragão

Aline Schwartz

Amanda Borba Ramos Silva

Bruna Domingos Peres

Clarissa Oliveira Macedo Acerbi

Claudia Regina Nogueira Souza

Daiane Márcia de Lima

Elaize Maria Gomes de Paula

Elcilene Márcia da Silva Otoni

Eleusa Rezende Costa Pereira Lima

Elinausa Lisboa dos Santos Garcia

Elma Rodrigues dos Santos Martins

Fernando Lopes

Giselda Lourismar Pereira Correia

Jaqueline Teixeira Paiva

Karina Kelly de Oliveira

Laiane Magnabosco Bertulucci

Luana Gonçalves de Oliveira

Mara Ramos de Oliveira

Marcella Furtado de Souza Moreira Zebral

Maria Pena Alves Melo

Marília Cisne Garcia

Naira de Moraes Souza

Nara Gomes de Abreu Santos

Natália Aparecida Pimenta

Poliana Castro de Resende Bonati

Rejane da Silva Melo

Roberta Bernardes da Silva

Thays Peres Brandão

Wederson Barreto Santana

Revisão de Conteúdo e Ortográfica

Bruna Domingos Peres

Telma Cardoso de Sá Abreu Moreira

Formatação e Normas ABNT

Telma Cardoso de Sá Abreu Moreira

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora©

Imagens de Capa

br.freepik.com

Capa

AYA Editora©

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva
Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza
Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa
Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos
Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega
Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Dr. Clécio Danilo Dias da Silva
Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota
Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis
Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira
Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig
Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos
Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva
Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza
Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso
Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues
Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão
Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior
Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra
Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti
Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim
Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap
Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues
Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa
Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes
Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes
Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira
Instituto Federal do Acre

Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail
Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares
Universidade Federal do Piauí

Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros Rodrigues
Faculdade Sagrada Família

Prof.^a Dr.^a Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Sueli de Fátima de Oliveira Miranda

Santos

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

© 2023 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelas organizadoras para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). Este livro, incluindo todas as ilustrações, informações e opiniões nele contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva dos autores. Os autores detêm total responsabilidade pelo conteúdo apresentado, o qual reflete única e inteiramente a sua perspectiva e interpretação pessoal. É importante salientar que o conteúdo deste livro não representa, necessariamente, a visão ou opinião da editora. A função da editora foi estritamente técnica, limitando-se ao serviço de diagramação e registro da obra, sem qualquer influência sobre o conteúdo apresentado ou opiniões expressas. Portanto, quaisquer questionamentos, interpretações ou inferências decorrentes do conteúdo deste livro, devem ser direcionados exclusivamente aos autores.

T7689 Trajetórias e perspectivas do serviço social na saúde de Uberlândia [recurso eletrônico]. Bruna Domingos Peres, Eleusa Rezende Costa Pereira Lima, Telma Cardoso de Sá Abreu Moreira (organizadores)...[et al.] -- Ponta Grossa: Aya, 2023. 132 p.

Inclui biografia
Inclui índice
Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN: 978-65-5379-329-3
DOI: 10.47573/aya.5379.2.243

1. Serviço social. 2. Serviço social médico – Uberlândia (MG). I. Peres, Bruna Domingos. II. Lima, Eleusa Rezende Costa Pereira. III. Moreira, Telma Cardoso de Sá Abreu. IV. Brandão, Thays Peres. V. Título

CDD: 360

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

WhatsApp: +55 42 99906-0630

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	10
HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA.....	16
HISTÓRIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA	21
HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ..	32
EM ESTADO DE PANDEMIA: “CORPUS NO FRONT”	37
MATRIZES DE COMPETÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	48
ESPERANÇA EQUILIBRISTA NO CHÃO DA VIDA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DAS(DOS) ASSISTENTES SOCIAIS NO SUS.....	60
SAÚDE MENTAL EM TEMPOS PANDÊMICOS: DIÁLOGOS SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE E A SAÚDE DO TRABALHADOR	70
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ASSISTENTES SOCIAIS E A NOTIFICAÇÃO DAS VIOLÊNCIAS NO BRASIL: UM ESTUDO DE REVISÃO	82

SERVIÇO SOCIAL ATENÇÃO NAS URGÊNCIAS, EMERGÊNCIAS E REDE HOSPITALAR	96
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	102
SERVIÇO SOCIAL E VIGILÂNCIA DA MORTALIDADE MATERNO INFANTIL FETAL	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
ORGANIZADORAS	125
ÍNDICE REMISSIVO	127

Apresentação

A profissão de Serviço Social possibilita o desenvolvimento de uma compreensão crítica da realidade social, com um conhecimento ampliado da rede de serviços que abrangem a área social. Por isso, o/a Assistente Social é um dos/as profissionais mais habilitados a compreender indivíduos e famílias em seu contexto social, o que permite dizer que é uma característica marcante e um diferencial do seu trabalho.

O exercício profissional dos Assistentes Sociais na Saúde está ligado diretamente ao desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde.

Como diversas áreas de atuação profissional do Serviço Social, na Saúde, este profissional atua com a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e ética profissional, na garantia dos direitos dos cidadãos.

O Serviço Social na cidade de Uberlândia tem uma trajetória sólida, pautada na consolidação do Código de Ética Profissional e no Projeto Ético Político que norteia a profissão.

Este livro é um importante conquista da equipe de Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. Parabens todos(as) que estiveram envolvidos em sua construção.

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais de que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia a dia nos horizontes de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários (IAMAMOTO, 2004, p. 17).

Clauber Lourenço

Secretário Municipal de Saúde

INTRODUÇÃO

Bruna Domingos Peres

Graduação em Pedagogia pela Universidade Federal de Uberlândia. Especialização em Educação Infantil e Educação Digital. Mestranda em Saúde Coletiva pela UFU. Servidora Pública da Prefeitura Municipal de Uberlândia atuando como pedagoga. E-mail: brunadperes@hotmail.com.

Elma Rodrigues dos Santos Martins

Graduação em Serviço Social pela Faculdade Católica de Uberlândia. Especialização em Gestão de Pessoas pela PUC Minas. É servidora pública municipal e atua como Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. E-mail: elma.rsm@hotmail.com.

Thays Peres Brandão

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia; Especialização em Gestão Escolar integradora pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais; Especialização em Saúde do Trabalhador pela Uninter. Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: thaystpb24@gmail.com

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.1

A trajetória da democratização da saúde no Brasil é marcada por multifaces, emanada à luz dos anos 1980 e 1990. A Reforma Sanitária e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), contempla ações e faz jus a indispensabilidade de não apenas levantar a bandeira de uma luta coletiva para preconização do acesso a direitos, mas principalmente, sustenta e contribuiu para legitimar o SUS enquanto aparato público garantidor da oferta de serviços de saúde de forma democrática e não celetista, corroborando para o entendimento que **“a história da reforma sanitária brasileira, e de suas diferentes narrativas, não deixa de ser, portanto, a matriz de sua experiência presente e futura”** (PAIVA, 2014, p. 31; TEIXEIRA, 2014, p. - grifo nosso).

Neste cenário, a saúde enquanto política pública inserida no tripé da seguridade social, apresenta-se como o ápice dos progressos constitucionais, uma vez, que propicia um olhar crítico sobre o conceito arcaico de ingresso restrito aos serviços de saúde, ao mesmo tempo que amplia e oportuniza subsídios para que a Reforma Sanitária fundamentasse a lógica da dimensão totalitária de atendimento das políticas sociais e não apenas da saúde como serviço dispensado de forma fragmentada e /ou isolada.

Desse modo, a trajetória de saúde pública no Brasil vem se consolidando cotidianamente na contemporaneidade, como direito público constituído que não somente desconstrói o fundamento do Estado Mínimo, mas permite de forma participativa e multiprofissional a oferta de serviços de saúde nas diversas frentes de trabalho, para desempenhar e executar atendimentos pautados na ética e na humanização que disponibiliza e revalida garantias fundamentais na ótica do Estado democrático de direitos preconizado pela Carta Magna de 1988.

Isto posto, incorpora-se também aos avanços atuais, centrados no aprimoramento dos serviços de saúde prestados à população, a constituição e representatividade dos conselhos de saúde, organizados e presentes em todos os entes federativos da União, que a partir do exercício do controle social é executado de forma democrática, desperta e suscita a importância da participação popular, dando voz e disseminando o conhecimento dos seus direitos, além de propiciar que os cidadãos sejam coautores no planejamento, monitoramento, avaliação e tomada de decisões sobre a estrutura, organização e proposta de prestação dos serviços de saúde destinado à população como um todo.

Ademais, nesta perspectiva, a concepção de saúde em sua totalidade pensada e ofertada para todos os usuários, objetiva garantir-lhes melhores condições de vida e de trabalho, compreendendo que a disponibilização destes serviços precisa acontecer para além das doenças pré-existentes, mas sim, no âmbito do ser humano em sua integralidade. A saúde, portanto, pensada e cuidada concomitantemente nos aspectos de saúde física, mental, social, econômica, do trabalho e familiar, asseverando por um Sistema Único de Saúde (SUS) que atenda a todos e em um universo suscetível de demandas, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde.

O SUS foi instituído em 1988 por meio da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2020) e das Leis n.º 8080/ 1990 e n.º 8192/1990 (Brasil, 1990a, 1990b). Atualmente o SUS se divide em três níveis de atenção à saúde, que são pautadas em diferentes densidades tecnológicas e as quais buscam melhorar assistência à saúde por meio da universalização, integralidade e equidade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) demanda baixa densidade tecnológica e atende a população do território adscrito. A Atenção Secundária assiste a população da microrregião e compreende procedimentos intermediários, abarcando serviços médicos especializados, apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência; a Atenção Terciária oferta serviços de alta densidade tecnológica para a micro e macrorregião (Brasil, 2022).

O município de Uberlândia, localizado no Estado de Minas Gerais, possui os serviços de saúde que são interligados por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), promo-

vendo uma comunicação entre os diferentes níveis de atenção: atenção primária, atenção especializada, rede de urgência e emergência e atenção hospitalar.

A Atenção Primária é a porta ordenadora do cuidado entre o usuário e o centro de comunicação com toda a rede. Em Uberlândia esta modalidade possui 56 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), compostas por equipe mínima (médico generalista, enfermeiro, técnicos em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde), equipe multiprofissional de apoio (dentista, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, etc.), tutoria e matriciamento para equipe médica.

Conta também, com 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), compostas por equipe multiprofissional (clínico geral, pediatra, ginecologista, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, nutricionista, técnico em enfermagem, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, agentes de saúde para busca ativa). Nesta atenção básica, o profissional do serviço social realiza diversas ações de saúde, individuais e coletivas, no intuito de promoção e prevenção da saúde, como visitas domiciliares institucionais, estudos de casos, rodas de conversa, grupos educativos, articulações com a comunidade, entre outros.

Na atenção hospitalar, o atendimento acontece no Centro de Internação Pediátrico (CIP), no Centro de Internação Clínica (CIC), no Hospital e Maternidade Dr. Odelmo Leão Carneiro (HMMDOLC) e no Hospital anexo HMMDOLC. A rede de Urgência e Emergência a assistência à saúde é realizada nas oito Unidades de Atendimento Integral (UAI), onde são prestados, dentre outros serviços, os de urgência e emergência. Nestes âmbitos, o Assistente Social tem como função o acolhimento, humanização, atendimento individual, atendimento familiar, observações sociais aos pacientes internados, entre outros.

Durante a espera de atendimento no Pronto-Socorro, a gestão do município desenvolveu um projeto de acolhimento nos serviços de urgência e emergência das UAIs, realizado por Assistentes Sociais, que visa identificar, acolher, orientar os usuários, mediar conflitos e realizar salas de espera com ações em saúde.

Na atenção especializada, que ocorre quando há direcionamento no atendimento, inclui-se neste município: 06 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Ambulatório De Moléstias Infectocontagiosas Herbert De Souza (IST), o Centro de Referência em Transtor-

no do Espectro Autista (CR-TEA), o Centro Especializado em Reabilitação (CER), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Ambulatório de Oftalmologia, Campus Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência, Centro Municipal de Atenção ao Diabético (CEMAD), Centro Vida, entre outros. Nesta área, o assistente social realiza abordagens individuais e coletivas, buscando promoção de saúde e prevenção de doenças, assim como a assistência aos pacientes e familiares.

Na gestão do Município, as(os) Assistentes Sociais estão nos mais diversos setores como coordenações, regulação, vigilância, ciclos de vida, redes transversais, entre outros, tendo ações de referências técnicas, articulações, planejamentos, abordagens técnicas institucionais, monitoramento de produtividade, apoio matricial, supervisão, capacitação e direcionamento de profissionais da rede municipal.

O Assistente Social faz parte da equipe de saúde como profissional que forma o perfil social bem como com as formas de promoção e relação causa-efeito de padrões de adoecimento intervindo em todos os níveis de assistência à saúde. Como profissional de saúde, o Assistente Social tem a função de atuar conjuntamente aos fenômenos socioculturais e econômicos, nos níveis de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O serviço social executa serviços que colaboram com a posição emergente da categoria oriundo de avanços na história do serviço social em busca da qualidade em serviços, abarcando os princípios de universalidade e integralidade: Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social: “I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social.” (Conselho Federal de Serviço Social, 2012, p. 38).

É importante trazer ao debate não apenas as competências dos Assistentes Sociais segregadas nas redes, mas também as atribuições privativas, que são pela lei, função exclusiva do Serviço Social, e uma conquista da organização política da profissão, mas é atemporal a necessidade de vigilância para a garantia do direito.

De acordo com o CFESS são atribuições do Assistente Social:

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

- II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (Conselho Federal de Serviço Social, 1993, art. 5º).

É importante salientar que, embora os Assistentes Sociais apresentem atribuições privativas, cada local de trabalho possui diferentes serviços que devem ser desenvolvidos por esses profissionais e, que muitas vezes estão incluídas nas atribuições gerais da instituição. Sendo importante conhecer os trabalhos desenvolvidos pelos Assistentes Sociais, nos diferentes ambientes de trabalho e com isso valorizar as atribuições de cada profissional.

Destarte, o Serviço Social enquanto profissão legitimadora de garantia de direitos atua arduamente com compromisso e ética todos os dias, nas diferentes frentes de trabalho para acolher, encaminhar e promover de forma humanizada, a resolutividade possível das demandas inerentes ao seu fazer profissional, primando sempre pelo zelo à vida em sua totalidade, em consonância com o SUS e Projeto Ético Político Profissional, asseverando que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, Lei n.º 8080 (BRASIL, 1990, art. 2º).

Neste sentido, serão abordados nos próximos capítulos, as atribuições segregadas dos Assistentes Sociais, nos diferentes ambientes laborais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária, atenção secundária, atenção terciária.** Brasília: Ministério da Saúde, Gestão de Saúde Pública, 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Presidência da República, 2020. E-book. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 09 jun. 2023.

BRASIL. Ministério de Trabalho. Conselho Federal de Serviço Social. **Lei n.º 8.662**, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 08 set. 1993. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/1983/>. Acesso em: 09 jun. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a. E-book. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 jun. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 09 jun. 2023.

CFESS. CONSELHO Federal de Serviço Social. **Perfil de assistentes sociais no Brasil:** formação, condições de trabalho e exercício profissional. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2022.

CFESS. CONSELHO Federal de Serviço Social. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão.** 1ª ed. [s.l.]: CFESS, 2012. 78 p. Disponível em: Acesso em: 13 set. 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2023.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan/mar. 2014, p.15-35.

HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA

Laiane Magnabosco Bertulucci

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (2008); Especialização em Psicologia Clínica na Terapia Cognitivo Comportamental pela UFU (2010). Servidora pública da Prefeitura Municipal de Uberlândia desde 2012 onde atuou em Psicologia Social no Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). Atualmente atua na Secretaria de Saúde como psicóloga da Rede de Atenção para Prevenção e Enfrentamento às Violências. E-mail: laianemb@yahoo.com.br.

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.2

Desde os primeiros registros históricos de nossa civilização, o que remonta a Heródoto como “pai da História”, essa ciência nos remete à nossa construção social a partir de fatos narrados sobre o nosso povo, lugar e hábitos. No dicionário Aurélio, história é a “narração metódica dos fatos notáveis ocorridos na vida dos povos, em particular, e na vida da humanidade, em geral” (FERREIRA, 2010. s.p.).

Segundo Le Goff (1924), que discorre sobre as construções da narrativa da História, esta não é uma ciência como as outras, pois falar da história já traz ambiguidades sobre ela mesma. Assim, a análise da história como “história-realidade e história-estudo desta realidade” explica o quanto o falar sobre ela não nos traz elementos completos da vivência da mesma.

Por isso, aqui apresentamos uma forma resumida dos fatos vividos outrora, e percebemos que quando falamos sobre a história da cidade onde vivemos, ela significa o modo como nos relacionarmos, a maneira que construímos nossos hábitos e rotinas, além da formação de um povo que cria uma identidade única.

Assim, olhando a história contada sob a perspectiva de homens, sujeitos às suas próprias interpretações, nos diz Ford (2019), que esta deve ser pensada pelo Serviço Social como forma de adequação de suas escolhas para atuação na realidade presente, com vistas à construção de um futuro promissor. Destaca ainda, a importância da discussão entre memória e história para avançar na produção de uma crítica às relações sociais, evitando “as armadilhas do conservadorismo no âmbito da produção teórica da profissão” (p. 55).

Estamos propondo aqui conhecermos um pouco mais sobre uma cidade que hoje responde pelo 23º PIB do Brasil e o 2º do Estado de Minas Gerais, segundo dados do IBGE

(Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) do ano de 2023. Mas se passarmos pelos seus 134 anos de existência, vemos que essa grandeza é recente e nem sempre foi assim.

Segundo o Atlas Educacional de Uberlândia (2020), os primeiros indícios de ocupação urbana da cidade correspondem aos indígenas do grupo étnico Caiapós. No final do século XVII começaram a passar pela região bandeirantes, que na busca por pedras preciosas, se dirigiam aos estados de Goiás e Mato Grosso.

Sendo assim, a região do Triângulo Mineiro, também conhecida como “Sertão da Farinha Podre”, tem sua descoberta remetida à época do ciclo do ouro no Brasil. Nos tempos da colônia, esta área se configurou como fornecedora marginal de metais e ponto de apoio para suprir, também de gêneros alimentícios àqueles que por aqui passavam (IBGE, 2022).

A partir da decadência da mineração ocorreu um aumento populacional na região, principalmente devido a incentivos de povoamento através de concessão de terras para posse, pela metrópole. Um desses interessados pelas terras foi João Pereira da Rocha, que é tido como um demarcador das terras que viriam a se transformar mais tarde na cidade, e o primeiro morador a fixar residência. A Fazenda São Francisco foi sede de sua Sesmaria por volta de 1818. Foi se formando, então, um grande povoado às margens do córrego São Pedro do Uberabinha, formado por escravos e outras famílias que foram chegando para cuidar das lavouras, como a família Carrejo que se tornou uma das principais proprietárias em extensão territorial (IBGE, 2022).

Logo em seguida, em torno de uma capela, surgia a cidade, como símbolo de uma comunidade organizada e civilizada. Essa capela teria sido construída, sob a permissão do Bispado e dedicada a Nossa Senhora do Carmo e inaugurada em 1853, e cinco anos depois, foi elevada a Matriz. Essa igreja resistiu até 1943, quando o prefeito da época, Vasconcelos Costa, resolveu demoli-la para construir uma rodoviária, que viria a se tornar a Biblioteca Pública Municipal mais tarde (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023).

A partir dos hábitos cotidianos pontuados pela vida religiosa, em torno da Capela foram sepultados os primeiros habitantes da Vila, e ficou conhecido como “Campo Santo”, o primeiro cemitério da cidade. Em torno dessa Capela formava-se o que hoje conhecemos

pelo Bairro Fundinho, com suas ruas pequenas, estreitas que à época entrecortavam o arraial.

No final do século XIX o marco importante para esta região foi a construção da ferrovia, como descrito no Atlas Escolar de Uberlândia (2020), para a ligação das cidades mais desenvolvidas com o interior. A linha férrea foi construída pela Companhia Mogiana e em 1895 foi inaugurada. Ali a São Pedro de Uberabinha se tornaria uma cidade comercial.

Dado essa logística de interligações, Uberlândia ficou integrada à malha ferroviária de São Paulo, desempenhando assim importante função econômica e produtiva que interligava o interior brasileiro às cidades produtoras. Essas características trazem peculiaridades que diferenciam Uberlândia em relação às outras regiões mineiras, pela diversidade populacional e o potencial agro econômico aliado às facilidades de escoamento das produções que viria da região com fluxo inverso (EDUFU, 2020)

Por volta de 1888 esse arraial se desmembra de Uberaba e Monte Alegre de Minas e é então elevado a Município. Assim, o que antes era conhecido como São Pedro de Uberabinha, hoje se conhece como Uberlândia, que em 1929, após a realização de um plebiscito, ganhou esse nome sugerido por João de Deus Faria, um morador, com o significado de “terra fértil” (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023).

Entre as décadas de 1960 e 1970, com a expansão do comércio varejista, atacadista e o estoque de grãos, o número de empregos na cidade cresceu, atraindo a migração de outras regiões brasileiras. Então, houve um grande crescimento populacional em Uberlândia.

Hoje, considerada a segunda cidade em população de Minas Gerais segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é considerada ainda bastante próspera, até pela sua posição com um importante centro logístico de conexão nacional.

Então, retomamos Ford (2019) quando cita Benjamin (2012, p. 58), e nos traz que “o futuro é a realização das possibilidades apresentadas no passado, é a concretização do devir que existe como tempo passado”, e a partir disso olhamos para o futuro de nossa cidade como promissora por se propor a se modernizar e acompanhar as mudanças que o passar do tempo nos sugere.

Figura 1 - Década de 1930: Igreja de Nossa Senhora do Rosário. Tombada como patrimônio histórico, a igreja foi construída no início da década.



Fonte: Caroline Aleixo (G1 – Triângulo e Alto Paranaíba, (2017).

REFERÊNCIAS

ALEIXO, Carolina. **Uberlândia 129 anos**: fotos históricas e atuais comparam mudanças da cidade. G1 Triângulo Mineiro, 30 ago. 2017 [internet]. Disponível em: <https://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/uberlandia-129-anos-fotos-historicas-e-atuais-comparam-mudancas-da-cidade.ghtml>. Acesso em 16 jun. 2023.

BRITO, Jorge Luís Silva; LIMA, Eleusa Fátima de. **Atlas escolar de Uberlândia**. 3 ed. Uberlândia, MG: EDUFU, 2020. Disponível em: http://www.edufu.ufu.br/sites/edufu.ufu.br/files/edufu_atlas_escolar_e-book_3ed_2020_10mb.pdf. Acesso em: 05 jun. 2023.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Míni Aurélio**: O dicionário da língua portuguesa.

FORD, Juliana Viana. O Serviço Social e o debate sobre tempo, história e memória. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 134, p. 52-69, jan./abr. 2019.

LE GOFF, Jacques (1924). **História e memória**. Tradução: LEITÃO, Bernardo *et al.* Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1990. (Coleção Repertórios).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados**. Panorama Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 01 jun. 2023.

PMU. Prefeitura Municipal de Uberlândia. **História de Uberlândia**. 2023. Disponível em: <https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/cultura-e-turismo/historia-de-uberlandia/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

UFU. Universidade Federal de Uberlândia. **A cidade de Uberlândia**. Catálogo, [s.d.]. Disponível em: [http://www0.ufu.br/catalogo_novo/idiomas/pt/cidade.htm#:~:text=Hoje%2C%20ocupando%20um%20seleto%20grupo,agroindustrial%20processador%20de%20gr%C3%A3os%2C%20carnes%2C]. Acesso em: 03 jun. 2023.

HISTÓRIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA

Clarissa Oliveira Macedo Acerbi

Graduação pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); Especialização em Psicologia Positiva e Coaching pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Atualmente, está atuando como Psicóloga de referência da Rede de Atenção à Saúde Escolar (RASE) da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (MG). E-mail: clamacedo50@gmail.com.

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.3

Uberlândia foi fundada em 31 de agosto de 1888, por meio da Lei n.º 4.643, por Felisberto Alves Carrejo, deixando de se chamar Uberabinha para ser conhecida como Uberlândia, no ano de 1929. Todo o cenário da modernidade atual desta cidade, seu forte desenvolvimento industrial, edificações majestosas, larga extensão comercial, opções e variedade cultural, foi sendo desenvolvido cadenciadamente desde sua criação, devido aos planos progressistas dos gestores que passaram pela cidade mineira desde seus primórdios (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2022.).

Conhecida como a capital do Triângulo Mineiro, Uberlândia, localizada no Estado de Minas Gerais, conta com uma população superior a 700.000 habitantes segundo o censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), se configurando como uma das cidades mais prósperas do Estado, por apresentar uma estrutura produtiva diversificada, com destaque para a moderna agropecuária, centro universitário, polo de negócios, comércio e serviços dentre os mais avançados do país.

Em Uberlândia, até o começo da década de 1980, a prestação de serviços de saúde era de responsabilidade da Secretaria Municipal de Ação Social e Saúde. A rede pública de serviços de saúde abrangia 11 unidades, sendo seis Centros de Saúde sob gestão do Estado e cinco Unidades Didáticas Avançadas, coordenadas pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); estes últimos, na verdade, atuavam também como Centros de Saúde e prestavam atendimento médico-odontológico, com programas de saúde (Rodrigues, 1975).

Em 1983, o prefeito Zaire Rezende, por meio do Decreto n.º 2337, determinou que o Departamento de Saúde da Secretaria Municipal de Ação Social e Saúde estaria incumbido de elaborar e executar a política de saúde em colaboração com os demais Órgãos Federais e Estaduais, particularmente, no que se refere a prática da medicina preventiva,

bem como proceder a vigilância e controle sanitário e demais campanhas concernentes à saúde pública (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 1983).

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia foi criada em 1983, por meio da Lei n.º 3.995, e regulamentada pelo Decreto n.º 2.709/84, na gestão do prefeito Zaire Rezende (1983-1988), e teve como objetivo assumir de forma mais expressiva os serviços de saúde a serem prestados à população. Sua implantação oficial ocorreu de fato em 1984, quando esta assumiu de forma mais expressiva os serviços de saúde a serem oferecidos à população (Rodrigues, 1975).

No ano de 1985, foi firmado entre o INAMPS e a Prefeitura Municipal de Uberlândia o convênio denominado de Ações Integradas de Saúde (AIS). No período compreendido entre 1983-1986, a rede de serviço de saúde foi ampliada com a criação de 12 novas unidades de saúde (Rodrigues, 1975).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que representou a política pública mais inclusiva realizada no Brasil, porque instituiu a cidadania em saúde e acabou com a figura do indigente sanitário, vigente antes de 1988 (Mendes, 2019).

A década de 1990 foi marcada por ações e políticas que visavam consolidar a implantação do SUS em Uberlândia, e esteve sob a gestão dos prefeitos Virgílio Galassi (1989-1992 e 1997-2000) e Paulo Ferolla da Silva (1993-1996). A partir de 1991, com o início da municipalização proposta pelas normas do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde assumiu o controle da rede ambulatorial do Estado e também da rede privada contratada (Rodrigues, 1975).

Em 1991, foi elaborado para o Município de Uberlândia o Plano Diretor de Saúde (PDS), sob a gestão do Secretário Municipal de Saúde, Dr. Paulo Roberto Salomão, o qual serviu de instrumento para o desenvolvimento setorial da saúde e também da municipalização, dentro das normas e princípios do SUS. Nesse documento, determinou-se a construção das Unidades de Atendimento Integrado (UAI), que eram unidades de média complexidade tecnológica com serviços de urgência e emergência.

Nessa época em questão, os serviços especializados e de apoio e diagnóstico foram implantados, estruturou-se um sistema de informatização e a conseqüente remodelação administrativa. Um dos objetivos da construção das UAls era diminuir o fluxo de demanda para o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). Pode-se dizer que a dinâmica do processo de descentralização das políticas de saúde assume um sentido de municipalização mais efetiva, pois a esfera municipal de governo passa a assumir as funções de coordenação e gestão da política de saúde em seu território.

O SUS representa a maneira como os serviços de saúde se organizam em todo o Brasil e cabe ao Poder Público a responsabilidade pela fiscalização e regulamentação dos serviços, além de sua execução; a unificação, a descentralização e a regionalização dos serviços; a participação da sociedade e o financiamento compartilhado entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal (Rodrigues, 1975). A participação social no SUS foi instituída por meio das Conferências de Saúde realizadas periodicamente nas três esferas de Governo e pelos Conselhos de Saúde que são órgãos colegiados, deliberativos permanentes nos níveis Municipal, Estadual e Federal (Brasil, 2018).

O SUS tem como princípios fundamentais: a universalidade que prega a saúde como um direito de todos; a equidade como o acesso justo à saúde e a integralidade por meio da atenção e do cuidado em vários níveis de complexidade de saúde.

Outro aspecto essencial é o comando único em cada uma das esferas de governo e é este o papel exercido localmente pela Secretaria Municipal de Saúde, o órgão gestor do SUS no Município de Uberlândia. Em 1998, o Município passou a exercer a gestão plena do Sistema de Saúde, na qual Estado e Municípios passam a responsabilizar-se não apenas pela assistência, como já ocorre na gestão semiplena (desde 1994), mas também pelo conjunto das demais ações de saúde pública não descentralizadas até então, como a Vigilância Sanitária (VISA), Vigilância Epidemiológica (VIGEP) e controle de endemias (Rodrigues, 1975).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei n.º 8.080, de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e referente à organização, direção e gestão, consolidou o Distrito

Sanitário como forma estratégica de responsabilizar e reavaliar as políticas no nível local (Ramires; Silva, s.d.).

A adoção dos Distritos Sanitários é um dos princípios básicos do processo de regionalização e descentralização proposto pelo SUS. O Distrito Sanitário surge como um modelo gerencial capaz de proporcionar uma gestão mais racional e eficiente do atendimento médico, buscando organizar o espaço de forma a proporcionar maior facilidade de acesso dos usuários do sistema público de saúde e uma melhor gestão por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

A partir de 1998 foram criados cinco Distritos Sanitários no Município de Uberlândia, delimitados em função da divisão político-administrativa já existente: Central, Norte, Leste, Oeste e Sul e tiveram como referência a área de abrangência de cada uma de suas Unidades Básicas de Saúde, determinando um território de corresponsabilidade pela saúde naquele espaço entre população e serviço, considerando-se as condições socioeconômicas e sanitárias.

Em setembro de 2003, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) em Uberlândia, sob a gestão do Secretário Municipal de Saúde, Dr. Flávio Goulart, durante a gestão do prefeito Zaire Rezende (2001-2004) (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023). Deve-se destacar que, em 1999, a Secretaria Municipal de Saúde já havia planejado a implantação do Programa Família Saudável, baseado nos princípios do PSF.

A proposta do PSF caracteriza-se por ter a família como sua unidade nuclear de atuação, buscar uma integração com a comunidade na qual se insere, fazer a busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, e dar ênfase à prevenção e à educação em saúde. Propugna a extensão da cobertura e facilitação do acesso, continuidade das ações de saúde, trabalho de equipe multiprofissional e elevada resolubilidade (Rodrigues, 1975).

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) é considerada a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contrarreferência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes.

A organização dos serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de unidades de saúde.

Em 2005, sob a gestão do Secretário Municipal de Saúde, Dr. Gladstone Rodrigues da Cunha Filho, durante o primeiro mandato do prefeito Odelmo Leão Carneiro (2005-2008) (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023):

O município possuía 198 estabelecimentos de saúde, sendo 64 deles privados e 134 públicos entre hospitais, prontos-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos. Neles, a cidade possui 944 leitos para internação sendo 420 privados e 524 públicos. Na cidade, existem doze hospitais gerais, sendo dois públicos e dez filantrópicos. Uberlândia conta ainda com 1 261 técnicos de enfermagem, 963 auxiliares de enfermagem, 937 cirurgiões dentistas, 885 clínicos gerais, 498 pediatras, e 2 698 distribuídos em outras categorias, totalizando 7.242 profissionais de saúde.

A cidade é considerada como referência em saúde para a região do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Noroeste de Minas e Sul Goiano, contando com mais de uma dezena de hospitais, tanto privados como públicos, como o Hospital das Clínicas (SUS/UFU); Unidade de Atendimento Integrado (UAIs) administradas pela Missão Sal da Terra (MSDT) e pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), localizadas em sete bairros da cidade, além de uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento), na zona sul (antiga UAI São Jorge); Hospital Santa Marta (cirurgias e atendimento pelo SUS); Hospital do Câncer (SUS).

Uberlândia conta também, com o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro (HMMDOLC), localizado na zona sul da cidade, que possui 258 leitos para assistência de média complexidade, pediatria e maternidade. São 40 salas de UTI individuais e 12 UTIs neonatal, além de integrar a Rede de Atenção em Saúde.

Na PNAB, Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), a integralidade deve atender aos campos da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos. As diretrizes são normas que devem ser adotadas pelos entes fede-

rados para a Atenção Primária. Dentre essas, a regionalização é o modelo de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária como porta de entrada ao sistema (Brasil, 2018).

A SMS reconhece a Atenção Primária à Saúde (APS), como principal articuladora e coordenadora da Atenção à Saúde no município de Uberlândia, conhecendo o seu território e os seus determinantes sociais da saúde e atuando com ações de promoção, prevenção e cuidado dos cidadãos, com processos de qualificação do acesso à APS, orientados segundo o perfil epidemiológico, com propostas de manutenção de programas e aprimoramento de outros.

O Plano Municipal de Saúde do Município de Uberlândia/MG, para o período 2018/2021, reforça a visão da SMS de ser um modelo de excelência em gestão e atenção à saúde e o seu comprometimento com a missão de garantir a gestão das ações integradas em saúde, visando a qualidade de vida da população, sempre se pautando pela ética, humanização, respeito, responsabilidade e transparência (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2017):

Dentro do Organograma atual da Secretaria Municipal de Saúde, encontra-se a Rede de Atenção Integral à Saúde, que comporta as seguintes redes (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023):

- a) Referência Técnica da Rede de Atenção Integral à Saúde;
- b) Rede de Atendimento à Saúde;
- c) Centro Vida;
- d) Rede Materno Infantil e da Mulher;
- e) Rede Saúde do Adulto e do Idoso;
- f) Rede Saúde Mental;
- g) Coordenação Técnica da Enfermagem;
- h) Rede Saúde Bucal;

- i) Coordenação do Programa de Saúde Escolar;
- j) Coordenação Técnica do Serviço Social;
- k) Coordenação Técnica da Nutrição;
- l) Redes de Atenção para Prevenção e Enfrentamento às Violências;
- m) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- n) Núcleo de Assistência Farmacêutica;
- o) Referência de Assistência Farmacêutica da RAS;
- p) Núcleo de Atendimento Virtual e Teleconsulta.

A Diretoria da Rede de Atenção Integral à Saúde reporta-se diretamente ao Gabinete do Secretário e tem por finalidade planejar, controlar e monitorar programas, serviços, projetos e atividades da Secretaria Municipal da Saúde, a partir de orientações técnicas e normativas das unidades de saúde (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023):

A Referência Técnica da Rede de Atenção Integral à Saúde é o setor responsável pelo planejamento e implementação das Diretrizes Municipais de Saúde, informadas por evidências científicas, as Políticas Nacionais e Estaduais para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando a realidade local, para as definições e orientações às Organizações Sociais. Bem como o acompanhamento da execução; monitoramento dos dados; indicadores e metas contratuais em toda a Rede: atenção primária à saúde (APS), atenção especializada, urgência/emergência e atenção hospitalar, além de alinhamentos de condutas com as referências técnicas dos ciclos de vida e redes transversais (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023):

A Rede de Atendimento à Saúde é o setor responsável pela realização do apoio no planejamento e na disseminação das Diretrizes Municipais de Saúde. Articulação com as referências técnicas para o monitoramento dos dados, metas contratuais. Planejamento e execução de ações com o Centro de Educação permanente como capacitações, eventos, workshop, feiras, oficinas. Análise das Portarias ministeriais, resoluções e deliberações estaduais e implementação dos recursos e ações e validação dos respectivos planos de

ações, juntamente às referências técnicas, para o planejamento da aplicação dos recursos. Responsabilizam também pelo alinhamento com as Organizações Sociais (OS) de acordo com as Diretrizes da SMS.

Na SMS de Uberlândia, as redes transversais de atenção à saúde referem-se à: saúde mental, reabilitação e pessoa com deficiência, saúde bucal, nutrição, doença falciforme, saúde escolar, serviço social e prevenção às violências. As redes englobam ações voltadas para todos os ciclos de vida, do materno-infantil, infância e adolescência à pessoa adulta e pessoa idosa, com exceção do Programa Saúde Escolar (PSE), que realiza atividades de promoção e educação em saúde voltadas aos escolares da rede pública de ensino do município, sendo especificamente crianças e adolescentes (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023):

Figura 1 - Atenção Primária à Saúde (APS).



Fonte: Marcela Furtado (SMS, 2023).

Na governança em redes, a coordenação é realizada por meio da colaboração entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas. Uma boa governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) convoca a colaboração, coordenação e a corresponsabilidade entre os atores que a integram. Os principais atores estratégicos das RAS no SUS são gestores públicos de diversos âmbitos, prestadores de serviços, instituições corporativas, autoridades sanitárias, representantes da sociedade civil organizada e movimentos sociais (Rodrigues, 1975).

Segundo o Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia, Dr. Clauber Lourenço (tomou posse do cargo em janeiro de 2023), desde 2017 a Prefeitura de Uberlândia, sob a administração do prefeito Odelmo Leão Carneiro, entregou para a população novas oito unidades básicas de saúde da família (UBSFs), ampliou as unidades de atendimento integrado (UAIs) Planalto e Pampulha e o Centro de Especialidades Odontológicas, além de reformar outras dez unidades de saúde, inaugurar o Centro de Referência em Transtorno do Espectro Autista (CR-TEA) restaurar o Campus Municipal de Atendimento à Pessoa com Deficiência (com ampliação da cobertura) e modernizar equipamentos utilizados na atenção primária, como os três ultrassons de alta tecnologia adquiridos recentemente (Ramires; Silva, s.d.).

Com o aplicativo “Saúde + Uberlândia”, lançado em meados de 2020, o cidadão tem acesso rápido a diversas informações importantes, como notícias, situação vacinal, agendamentos de consultas e exames, bem como acompanhamento em tempo real de como está o fluxo de atendimento das oito Unidades de Atendimento Integrado (UAI) da cidade.

O Secretário de Saúde, Dr. Clauber Lourenço, traçou um panorama das atividades do sistema municipal de saúde, relatando que, durante a pandemia de Covid-19 (2020-2021) foi montado o hospital de campanha nas instalações do Hospital Santa Catarina com 78 leitos de UTI em apenas 20 dias e que hoje, depois de encampado pela Prefeitura Municipal, o mesmo conta com 100 leitos para internações e 10 unidades de UTI; e também foi aberto o Centro de Internação Municipal Dr. Hansen e o Centro Vida (para reabilitação em relação às sequelas da Covid 19 e outras doenças) (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023).

Referência em atenção primária no país, Uberlândia está em destaque em mais um ranking nacional. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a cidade é a primeira do país, entre as que tem mais de 500 mil habitantes, no desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS), que é a porta de entrada para os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e cuja responsabilidade constitucional é dos municípios brasileiros. Com Índice Sintético Final (ISF) de 7,87, obtido no primeiro quadrimestre deste ano, o Município está à

frente de todas as capitais brasileiras e de outras cidades importantes como Joinville (SC), Campinas (SP) e Ribeirão Preto (SP), por exemplo (Ramires; Silva, s.d.).

O ISF é uma métrica utilizada pelo Ministério da Saúde para avaliar a qualidade do serviço ao cidadão pela Rede de Atenção Primária. São 7 indicadores nas áreas de pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas. A medição tem foco nas consultas, proporção de crianças vacinadas, realização de exames para detecção de sífilis e HIV, atendimento odontológico, dentre outros (Ramires; Silva, s.d.).

De acordo com o setor de comunicação do Portal da Prefeitura Municipal de Uberlândia, a Secretaria Municipal de Saúde, conseguiu quase dobrar a cobertura da APS nos últimos cinco anos. Se em 2017, quando o prefeito Odelmo Leão tinha acabado de retornar à frente da gestão municipal, a cobertura não chegava à metade da população (era de 48,88%), em julho de 2023, a abrangência do trabalho da atenção primária alcançou 93,35% (Ramires; Silva, s.d.).

Treinamentos, capacitações e diversas melhorias estruturais foram promovidas nesse período para ampliar o acesso de toda a população a serviços essenciais. O empenho da Secretaria Municipal de Saúde fez com que a cidade se tornasse, por exemplo, um Centro Colaborador de práticas em saúde por meio termo assinado com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), além de chamar a atenção de profissionais de saúde de todo o país que visitam Uberlândia para conhecer as ações de sucesso da gestão municipal (Ramires; Silva, s.d.).

Segundo a avaliação do ISF quadrimestral, ainda corrobora o reconhecimento nacional obtido pela cidade na última semana no Ranking de Competitividade dos Municípios. Conforme esse ranking, Uberlândia é a segunda melhor do país no quesito “acesso à saúde” (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023).

Dentre as políticas bem sucedidas na APS estão em destaque programas como Mãe Uberlândia (que acompanha as mulheres e crianças do pré ao pós-parto) e o de Imunização (com ações em escolas e nas 74 salas de vacinação existentes em todo o município), além das ações para ampliação da Rede Municipal de Saúde (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023).

Reforçando ainda o compromisso com a qualidade e acessibilidade dos serviços oferecidos à população e a boa governança, a Prefeitura também promove regularmente treinamento e capacitação em todas as áreas do setor de saúde e, para fortalecer o contato com os usuários da rede, disponibiliza um canal direto de comunicação por meio da Ouvidoria da Saúde (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2023).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 5. Disponível em: . Acesso em: 18 jun. 2018).

PMU. Prefeitura de Uberlândia. **Decreto n.º 2483**, de 04 de novembro de 1983. Declara de utilidade pública o imóvel que menciona. Uberlândia, MG: Diário Oficial do Município, 04 abr. 1983. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/decreto/1983>. Acesso em: 19 jun. 2023.

PMU. Prefeitura de Uberlândia. **Decreto n.º 2483**, de 04 de novembro de 1983. Declara de utilidade pública o imóvel que menciona. Uberlândia, MG: Diário Oficial do Município, 04 abr. 1983. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/decreto/1983>. Acesso em: 19 jun. 2023.

PMU. Prefeitura de Uberlândia. **Diário Oficial do Município**, ano XXXV, n. 6583, ed. especial. Uberlândia, MG: Diário Oficial do Município, 01 abr. 1983. Disponível em: <https://docs.uberlandia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2023/04/6583.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

PMU. Prefeitura de Uberlândia. **Lei n.º 12.853**, de 14 de dezembro de 2017. Institui o Plano Plurianual do Município de Uberlândia para o período de 2018 a 2021 e define as metas e prioridades da administração pública municipal para o exercício de 2018. Ano XXIX, n. 5277, Uberlândia, MG: Diário Oficial do Município, n. 5277, 14. dez. 2017. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/u/uberlandia/decreto/1983>. Acesso em: 19 jun. 2023.

PMU. Prefeitura de Uberlândia. **Unidades de atendimento**. Secretaria de Saúde, 2023 [internet]. Disponível em: <https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/saude/unidades-de-atendimento-em-saude/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

PMU. Prefeitura Municipal de Uberlândia. **História de Uberlândia**. 2023. Disponível em: <https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/cultura-e-turismo/historia-de-uberlandia/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

RODRIGUES, Maria José. **Espaço e serviços de saúde pública em Uberlândia (MG): uma análise do acesso ao Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha**. 2007. 199f. Orientador: Júlio César de Lima Ramires. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Geografia. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/831/o/diss_maria_jose.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Bruna Domingos Peres

Graduação em Pedagogia pela Universidade Federal de Uberlândia; Especialização em Educação Infantil e Educação Digital; Mestranda em Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental UFU; Servidora Pública da Prefeitura Municipal de Uberlândia atuando como pedagoga. E-mail: brunadperes@hotmail.com.

Claudia Regina Nogueira Souza

Graduação em Serviço Social pela FIT (Faculdades Integradas do Triângulo); Especialização em Gerontologia Social pela Universidade Federal de Uberlândia (1996-1997). Servidora Municipal de 1995 - 2023, atuando como Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde. Gerente de UBS no período de 1998 a 2001. E-mail: claudianogg@gmail.com.

Eleusa Rezende Costa Pereira Lima

Graduação em Serviço Social na FASSU; Especialização em Administração Pública Municipal na UFU. Atuando como Coordenadora do Programa de Serviço Social na Prefeitura Municipal de Uberlândia desde 1990. eleusawilson@yahoo.com.br

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.4

Em 1990, a convite do então Secretário Municipal de Saúde Sr. Paulo Roberto Salomão, foi instituída oficialmente a Coordenação de Ações em Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde, representado pela Assistente Social Eleusa Rezende Costa Pereira Lima:

Foi um momento de muita emoção, um desafio muito grande. Eu com meus 48 anos senti a perna bamba de medo, mas ao mesmo tempo como se tivesse voando, de tanta coragem e entusiasmo por pensar no que viria a frente. Naquela época existia somente eu e minha colega Suzana como assistentes sociais na Secretaria de Municipal de Saúde, e através de muitas conversas e discussões, montamos um projeto de implantação e apresentamos ao Secretário. A partir daí, foi aberto um concurso e foram contratadas de início 10 profissionais, fizemos toda a preparação e inclusão das mesmas que foram alocadas em diferentes equipes multiprofissionais. Pensando no presente e no passado sinto que tudo valeu a pena, e que temos cada vez mais que lutar pelo bem dos nossos pacientes, e para isto a nossa presença enquanto defensora dos direitos faz toda a diferença (Fala da Coordenadora do Programa de Serviço Social, Eleusa Rezende Costa Pereira Lima, Assistente Social desde 1975).

Anteriormente, já existia o profissional de Serviço Social, na instituição, que era responsável pela supervisão de estágio e, posteriormente, inclusão no Programa de Planejamento Familiar. Com a implantação da Coordenação foram convocadas, inicialmente, 10 Assistentes Sociais que passaram a fazer parte das diferentes equipes multiprofissionais nas Unidades de Saúde.

No ano de 1995 foram criadas as gerências para as Unidades Básicas de Saúde

(UBS) e no mesmo momento foi ministrado o Curso de Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde (GERUS). Dentre as vagas para gerenciamento, grande parte delas foram ocupadas pelos/as profissionais do Serviço Social, neste momento a Secretaria Municipal de Saúde tinha em seu quadro 23 Assistentes Sociais:

Neste momento me senti extremamente valorizada enquanto profissional, foi um momento único para nossa categoria, fizemos um curso com todo apoio da gestão, e o crescimento profissional foi gratificante. No primeiro momento ser gerente foi um desafio muito grande, pois era cultural os direcionamentos serem por referências técnicas de categorias, tivemos que ter jogo de cintura para conduzir o processo e conquistar as lideranças para conseguirmos gerir as unidades. Precisou que mostrássemos o qual importante era esta nova função de gerencia para a unidade e comunidade, conquistar e cativar a todos, para garantir o avanço. Fiquei na gerencia até 1998, em 2005 assumi a gerencia do Ambulatório IST/AIDS - Herbert de Souza 2013, e retornei em 2017 como Coordenadora, eu vejo como profissional que o serviço social ganhou um espaço gigante na secretaria de saúde, um avanço que foi conquistado, e é muito necessário para benefício da população (Fala da Coordenadora do Ambulatório Herbert de Souza/IST, Claudia Maria Bulgarelli Spirandelli, Assistente Social desde 1988).

Já em 1997 criaram-se os Setores Sanitários, na época denominados de Distritos Sanitários, que dividiam a cidade em 4 setores (Sul, Leste, Oeste e Central-Norte). Para coordená-los foram escolhidos profissionais de categorias diferentes, dentre elas: Psicologia, Serviço Social, Medicina e Odontologia.

Após a implantação dos Setores Sanitários implementaram-se os Programas de Atenção à Saúde, a criação de novas UAIs e conseqüentemente, a expansão do número de profissionais do Serviço Social.

Em 06 de março de 1997, foi promulgada a Resolução n.º 218, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reconhece a categoria de Assistente Social como profissional de saúde, além da resolução do CFESS n.º 383, de 29/03/99, que caracteriza o/a Assistente Social como profissional de saúde.

Em setembro de 2011, a Coordenação de Ações em Serviço Social contava com 165 Assistentes Sociais que atuavam nos 54 Programas, Unidades de Saúde, Diretorias, Coordenações e Serviços da Rede Pública de Saúde. Neste período, o Serviço Social passou pela implantação do Plano Diretor do Serviço Social (PDSS), onde foram realizadas 06 oficinas nas quais foram discutidos os seguintes temas:

OFICINA I - Inserção do Serviço Social na rede de atenção à saúde do município de Uberlândia;

OFICINA II – Princípios da atenção primária e gerenciamento de processos;

OFICINA III – Diagnóstico Local, Classificação de Risco das Famílias e Instrumentos de Abordagem;

OFICINA IV – Fluxo e Matriz de Processo;

OFICINA V - Gestão de Caso;

OFICINA VI – Contrato de Gestão.

O objetivo do Plano Diretor foi o alinhamento das ações do Serviço Social em toda a Secretaria Municipal de Saúde.

Tendo em vista que neste momento, a Secretaria objetivava diminuir o índice de mortalidade materno infantil, houve um processo de força tarefa, envolvendo o profissional de Serviço Social para contribuir em todas as ações desenvolvida pela mesma. Para os casos de maior vulnerabilidade foi instituído a gestão de caso, envolvendo todas as equipes de saúde.

A gestão de caso é um processo que se desenvolve entre o gestor de caso e a pessoa com condição crônica de alto risco para planejar, monitorar e avaliar opções e serviços, de acordo com as necessidades desta pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada. A essência da gestão de caso, portanto, é uma relação personalizada entre um gestor de caso e a pessoa com condição crônica de alto risco de um serviço de saúde.

Vale ressaltar que com a atuação dos profissionais juntamente com suas equipes, na execução da gestão de caso, houve uma diminuição considerável do índice de mortalidade infantil no Município de Uberlândia. Em 2009 o índice de mortalidade infantil era de 13,3, em 2012 esse índice baixou para 1 dígito, tendo como índice registrado, 8,61.

Portanto, pode-se concluir que a atuação do Assistente Social, na gestão de caso, fez total diferença em relação ao resultado final.

A implantação do Plano Diretor foi um grande desafio para o setor de Serviço Social. Envolvermos todos os profissionais durante o processo, o objetivo era que todos estivessem preparados para atender qualquer assunto com a mesma qualidade, escuta e humanização. Após a implantação da gestão de caso, como parte do Plano Diretor, foram observados os resultados positivos, a partir disto, a Dra. Maria Emi nos convidou a escrever um capítulo do livro do Eugênio Villaça. Nesta época o setor de coordenação do serviço social era composto pela Eleusa Rezende, Celeide Araújo e Cláudia Regina. Ficamos lisonjeadas com o convite. Após este feito veio o convite para participar de uma apresentação sobre gestão de caso em Porto Alegre, em um seminário sobre o Hiperdia patrocinado pela OPAS. Foi um misto de alegria e receio, pois a responsabilidade de representar o nosso município de Uberlândia era muito grande. Foi uma experiência excepcional e gratificante! (Fala da Sra. Claudia Regina Nogueira de Souza, Assistente Social desde 1994).

Em março de 2014, gestão do prefeito Gilmar Machado, a Coordenação de Serviço Social foi fechada, interrompendo. Com isso, a referência com todos os profissionais de Serviço Social, assim como o alinhamento das ações, à nível de Secretaria.

Desde que o município de Uberlândia aderiu o planejamento familiar eu estive a frente, dentro da comissão do planejamento familiar, com atividades de gestão e assistência, individuais e coletivas. Houve momentos que por motivos de perseguições políticas a gestão preferiu desmontar o serviço e deixar a população a deriva, isto aconteceu com o planejamento familiar, e aconteceu com a Coordenação de Serviço Social em 2014. As assistentes sociais da rede municipal se sentiram como órfãs, pois não tinham a quem se referenciar e amparar nas inúmeras demandas e desafios sociais que aconteciam nos atendimentos das unidades de saúde, um retrocesso muito grande e um prejuízo imensurável. Foi um momento muito triste enquanto profissional, e que tivemos que lutar muito para resgatar as ações pertinentes ao profissional (Fala da Coordenadora do Programa de Planejamento Familiar, Sra. Ismália Floresta de Gouvea, Assistente Social desde 1995).

Em 2017, na gestão do prefeito Odelmo Leão Carneiro, retornou com a Coordenação de Serviço Social, a Secretaria Municipal de Governo implantou o projeto Ouvir, Agir e Resolver, oferecendo significativas vagas ao profissional. Com a expansão do número de Unidades de Saúde, atualmente a Secretaria Municipal de Saúde, conta com 257 Assistentes Sociais.

Entre avanços e retrocessos, é evidente o impacto político para a valorização ou desvalorização do profissional e de seus processos de trabalho, e este é um fator que deve ser encarado com aspectos de vigilância para que não ocorra prejuízos ao paciente e ao profissional.

Veja a seguir, fotos de momentos da trajetória do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia:

Figura 1 - O Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde.



Fonte: Acervo de fotos da autora.

EM ESTADO DE PANDEMIA: “CORPUS NO FRONT”

Natália Aparecida Pimenta

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); Especialização em Psicologia Clínica com Ênfase Cognitivo-Comportamental pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); Especialização em Gestão em Saúde Pública pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU); Mestrado em Psicologia Aplicada pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Atua como Psicóloga na Prefeitura Municipal de Uberlândia. E-mail: nataliapimentapsi@yahoo.com.br

Daiane Márcia de Lima

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia; Especialização em Psicopedagogia pela Universidade Federal de Uberlândia e especialização em Clínica Psicanalítica em Extensão pelo Centro Educacional em Saúde. Servidora Pública da Prefeitura Municipal de Uberlândia, onde atuou na Assistência Social Especial, Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde. Atualmente atua como Psicóloga no Núcleo de Educação Permanente em Saúde. E-mail: daianemarcia@yahoo.com.br

Luana Gonçalves de Oliveira

Graduação em Serviço Social pelo Centro Universitário do Triângulo – UNITRI; Especialização em Gestão e Planejamento em Políticas Sociais pela Faculdade Católica de Uberlândia; MBA em Gestão Pública pela Universidade Federal de Uberlândia -UFU. Servidora Pública da PMU desde 2013. Atualmente atua como Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde, junto aos Ciclos de Vida da Atenção Primária à Saúde. E-mail: luanaoliveiraservicosocial@gmail.com.

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.5

O conceito de humanização é polissêmico, sendo amplamente discutido, há concepções que envolvem o senso comum e a caridade, noções que abordam a dimensão sociopolítica e outras tratam das questões da saúde (CASATE e CORRÊA, 2005).

Humanizar significa trazer humanidade, dar características humanas às ações e aos discursos em sociedade, isto é, conceber o ser humano como único e complexo (Ferreira, 2009). No Glossário do Ministério da Saúde, humanizar é entendido como a responsabilização entre comunidade e serviços de saúde, bem como, o fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e a população assistida (Brasil, 2004a).

Alinhado a isso, é possível compreender a humanização como um conjunto de ações para a melhoria e desenvolvimento da qualidade dos atendimentos, por meio de contato humano qualificado nas intervenções em saúde (Brasil, 2001). Assim, a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe transformar os problemas e desafios do cotidiano em ações que respeitem a dignidade da pessoa humana, por meio dos princípios da transversalidade, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos, entre outros (Brasil, 2004b).

Nesse contexto, os profissionais do Serviço Social que atuam na área da saúde,

dentre outras atribuições, orientam os pacientes e sua rede sociofamiliar, quanto aos seus direitos e deveres, podendo melhor utilizar os recursos disponíveis junto à política pública de humanização, e também problematizam os determinantes sociais do processo saúde-doença. Isso significa que essa temática se encontra no centro do projeto ético-político da profissão, de acordo com o Conselho Federal do Serviço Social – CFESS (2010).

Neste capítulo abordaremos em vários momentos o termo acolhimento, que possui pelo menos duas dimensões: o acolhimento como dispositivo que possibilita a reorganização da assistência em saúde e também como uma diretriz da PNH (Franco; Bueno; Merhy, 2003).

Mas, entenda acolhimento aqui numa perspectiva mais ampla, pois:

[...] o acolhimento supera a ideia de aplicação de uma técnica, seja ela de uma entrevista ou de um questionário. Traz presente a dinamicidade, o movimento, a dialética, envolve uma agir local, muitas vezes focal, uma metodologia, bem como uma filosofia, uma postura ética, uma opção política. Sua efetividade se dá orientada a partir de uma visão do que é ser homem, do que é ser mulher e de uma concepção de mundo e de sociedade que envolve a profissional e a pessoa usuária (Santos, 2006, p. 60).

Apesar das assistentes sociais ocuparem esse lugar técnico-científico, humanizador e acolhedor no cuidado, Batista e Gonçalves (2011) apontam que nem sempre a formação dos profissionais acompanha as necessidades reais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em meio à pandemia da COVID-19, os profissionais das Unidades de Atendimento Integrado (UAI) do município de Uberlândia viviam experiências diversas e contraditórias. Circular nestes serviços trazia um “Mapa Subjetivo da Pandemia”: marcas de uma luta desenfreada por salvar vidas e um esperançar acompanhado de dor e medo.

Se conectar com o fenômeno significava também dispor-se a olhar a experiência, a partir da posição de quem colocava seu próprio corpo no front, de quem precisou usar outros recursos para expressar seu acolhimento e humanização, já que seus rostos e corpos estavam inteiramente paramentados. Descrever essa experiência nos obriga a enxergar o lugar de quem precisou “suspender” seus próprios lutos para suportar escutar os lutos dos usuários e comunidade.

Madrugada adentro, noite e dia,
Ecoavam palavras repetidas
como luvas e máscaras
Respirador e álcool em gel
Choro e suor brotavam e se misturavam
Entre os meus e os seus
Em Estado de Pandemia

Para dar voz às mulheres trabalhadoras – assistentes sociais – que estavam na linha frente da COVID-19, em Uberlândia, nas portas de entrada dos Prontos Atendimentos (PAs) das UAs, vamos relatar uma experiência que registra o encontro de um programa vinculado à Humanização e Acolhimento, e um processo de Educação Permanente, no contexto de pandemia.

Contando um pouco do que antecede tal encontro, antes mesmo do contexto pandêmico, era consenso de que técnica e procedimento não eram suficientes para apoiar as profissionais neste contexto. As relações estavam desgastadas, tanto entre a equipe, quanto entre usuários e equipe, sendo uma das estratégias para fomentar essas propostas entre os profissionais dos serviços citados, a contratação de assistentes sociais para trabalhar na porta de entrada de todos os PAs de UAs, em todos os turnos, inclusive, sábados e domingos.

Isso aconteceu em 2019, quando a Coordenadora do Serviço Social do município de Uberlândia, Eleuza Rezende Costa Pereira Lima junto à Ana Paula Junqueira, então, Secretária de Governo e Comunicação, desejosas em melhorar a qualidade do atendimento aos usuários e acompanhantes na porta de entrada dos PAs das UAs, bem como, fortalecer o acolhimento e a lógica de humanização nestes serviços, criaram o “Programa Ouvir, Agir e Resolver”.

O enredar as assistentes sociais à experiência da arquitetura de porta de entrada hospitalar neste programa se deve ao fato de que seus saberes e fazeres estão vinculados à visão ampla e integral sobre os sujeitos, o provocar a garantia de acesso aos direitos dos cidadãos, a postura acolhedora, a escuta qualificada e a habilidade para fortalecer vínculos, conforme CFESS (2010).

Mas como a Educação Permanente entrou nesta história?

A lógica do qualificar-se, a partir da Educação Permanente, pressupõe reconhecer o espaço cotidiano de trabalho como um lugar de acolhimento de desafios, invenções e construção de modelos cooperativos e integrados. Emprega-se metodologias ativas para problematização e construção coletiva dos conhecimentos, diferentemente de modelos conservadores de ensino-aprendizagem, que se pautam na reprodução do saber, numa perspectiva bancária (Brasil, 2018; Ceccim, 2005).

Assim, a equipe do “Tecendo Novas Comunicações”, composta por psicólogas do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, percorria todas as UAIs, numa frequência semanal, seja presencialmente ou virtualmente, abordando 23 assistentes sociais para identificar as dificuldades vivenciadas pelas profissionais na porta de entrada dos PAs das UAIs, bem como, apoiar e / ou fortalecer o desenvolvimento de competências e habilidades na abordagem aos usuários e acompanhantes. As abordagens ocorriam individualmente às assistentes sociais, garantindo um espaço de privacidade.

Na rotina de um pronto atendimento é comum viver “entre corres”, numa porta giratória que destitui a subjetividade de quem é cuidado e também daqueles que cuidam. (Des) vemos, muitas vezes, as relações que ali se atravessam, existe uma teia diversa de laços: profissionais-usuários, usuários-profissionais e profissionais-profissionais. E isto importa!

Humanizar a porta de entrada dos PAs e qualificar a abordagem significa, em primeiro lugar, subjetivar-se! Então, havia espaço para falar dos incômodos, dos atravessamentos, das histórias, da realidade concreta, dos medos e das incertezas.

Talvez, você leitor espere encontrar aqui fórmulas e técnicas para solucionar as situações comuns nas abordagens dos prontos atendimentos. Falaremos mais à frente sobre ferramentas sim, mas antes e acima disso, é importante trazer a dimensão psicossocial da Educação Permanente mencionada.

O “Tecendo Novas Comunicações” sustenta-se nos pressupostos teóricos da Comunicação Não Violenta (CNV), utilizando sua lógica e ferramentas, em conjunto com a Mediação de Conflitos (MC) para apoiar, metodologicamente, essas profissionais.

A CNV pode ser entendida como habilidade de comunicação que se propõe a facilitar a conexão genuína entre os sujeitos, preservando a nossa capacidade de continuarmos

humanos. É um comunicar consciente que propicia perceber o que nós (e os outros) estamos (estão) sentindo e desejando para criar um ambiente de comunicação claro, empático e eficiente (Rosenberg, 2003).

Em geral, durante as nossas comunicações temos reações mecânicas, repetitivas e automáticas (Rosenberg, 2003) e, no contexto hospitalar, isso não é diferente, especialmente naquela realidade pandêmica. Como escutar autenticamente os usuários sem escutar-se verdadeiramente? Mais do que nunca era preciso “escutar”, no SUS, vivíamos um “Estado de Exceção”, as velhas tecnologias não funcionariam!

Entre uma escuta e outra, refletimos com as assistentes sociais sobre temas como comunicação, empatia, elementos que favorecem a empatia, elementos que bloqueiam a empatia, compaixão, elementos que bloqueiam a compaixão, os 4 elementos da CNV e Comunicação de Más Notícias (Rosenberg, 2003, 2019).

Em relação à MC, pode-se dizer que é um instrumento para identificação dos interesses e diferenças entre as pessoas com o intuito de resolver controvérsias, a partir de um diálogo honesto e pacífico, criando possibilidades diversas de solução de problemas (Andrade, 2007).

E na porta de entrada dos PAs das UAIs, era comum, durante a pandemia, vivenciarmos situações de conflito entre pacientes e profissionais, ali todos eram humanos, independente do lugar que ocupavam. Começamos a pensar em como melhor manejar as situações de conflito, elaborar estratégias para identificar as necessidades de usuários, acompanhantes e trabalhadores e, assim, avançar para um momento em que era possível realizar prevenção de conflitos.

E entre tantos lutos e o desejo de viver, conversávamos sobre tecnologias de escuta ativa, técnica de reformulação, separação entre observação e avaliação, comunicação assertiva, “mensagens-eu”, perguntas abertas e perguntas restaurativas (Andrade, 2007).

Para instrumentalizar em CNV e MC utilizávamos elementos mediadores como apostilas, estudos dirigidos, vídeos, músicas, poesias, livros, troca de papéis, situações recorrentes ou casos atípicos na porta de entrada das UAI (s). Vale ressaltar que cada uni-

dade era acompanhada de maneira singular, mas sem perder de vista os objetivos desta Educação Permanente. Em outras palavras, segundo Takeiti e Vicentin (2017) é preciso considerar o território vivo, as pessoas que ocupam as unidades e os setores sanitários têm necessidades particulares e múltiplos modos de funcionar.

E era no meio de tantos
Que tudo acontecia
Tumulto aqui e ali
No dentro-fora
Não era sobre “acalmar” pessoas
Deus me livre querer “silenciar”
Mas era sobre saber escutar
Além do que se escuta com os ouvidos
É o que se escuta com pés e mãos abertas
E dispostas

Na sequência, te convidamos a se conectar com algumas histórias que iremos recontar, sob os olhos das psicólogas que acompanharam o encontro entre o “Programa Ouvir, Agir e Resolver” e o “Tecendo Novas Comunicações”. Nosso desejo é que enquanto contamos e recontamos o que vivemos, possamos olhar no retrovisor da história sem perder de vista o mais importante: humanizar a assistência significa também cuidar de quem cuida!

Era comum encontrar Regina, assistente social, e ouvir suas angústias sobre a quantidade de pessoas em situação de rua no território de sua unidade, e também sobre o acesso ou a falta de acesso desta população ao serviço. Ela dizia fazer muito pouco e se sentia impotente, mal sabia ela que mudar os “rumos da história” de alguém se faz nos pequenos encontros. Em sua rotina, era possível ver sua escuta ética, uma costura cautelosa entre as necessidades sociais e de saúde das pessoas em condição de rua e uma abordagem à equipe que fazia toda diferença, mesmo que nem sempre fosse compreendida. Em meio a pandemia, Regina e tantos outros profissionais de saúde neste país, perderam seus entes queridos para a COVID-19. Mas, ela perdeu muitos dos seus, naquele momento a condição humana de Regina encontrava a de seus pacientes, ela quem precisaria ser enxergada e cuidada.

Assim como Regina, muitas profissionais não conseguiam visualizar a diferença que sua atuação implicava na vida do usuário. Em alguns momentos, fazia-se necessário sinalizarmos a potência das próprias intervenções, que não eram medidas pela sua duração, e sim, pelas ressonâncias que uma escuta atenta e qualificada provocava no outro.

A lógica contábil e da resolutividade, permeiam o discurso hospitalocêntrico, por vezes, as Assistentes Sociais eram capturadas no lugar de “insuficiência”, e era preciso fortalecer a dimensão do acolhimento, que

Não se limita ao ato de receber alguém, mas a uma sequência de atos dentro de um processo de trabalho. Envolve a escuta social qualificada, com a valorização da demanda que procura o serviço oferecido, a identificação da situação problema, no âmbito individual, mas também coletivo (Santos, 2006, p. 58).

Nos espaços de Educação Permanente discutimos sobre o lugar da empatia no processo de fortalecimento de vínculo e humanização do cuidado, e Regina apreendeu que para ser empática é necessário suspender os julgamentos e as interpretações e, assim, se conectar às necessidades dos outros (Rosenberg, 2003). Neste caso, era necessário desconstruir os inúmeros estereótipos associados à população em situação de rua, pois estes nos afastam da possibilidade de compreender a singularidade e, então, alcançar a necessidade deste público, que é tão diverso e complexo.

Regina teceu várias redes de pessoas e dispositivos, numa tentativa de convidar os olhares para a centralidade da pessoa e a identificação dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Maria é mais uma das mulheres, Assistentes Sociais, que estavam “no front”, acompanhando a população no Pronto-Atendimento das UAI:

Por volta das 20h, encontramos Maria, Assistente Social, na porta de entrada do pronto atendimento de uma UAI, conversamos um pouco sobre as impressões que ela teve sobre o material que havíamos enviado para mediar nossa conversa em Comunicação Não Violenta. Ela saiu em sobressalto, pois ouvimos um choro desesperado de uma mulher. Maria imediatamente se pôs a compreender a situação e acolhê-la. Ao se aproximar, Maria percebeu que se tratava de Beth, uma mulher que aparentava ter uns 50 anos, e acabara de perder seu filho, ele havia falecido naquele minuto na unidade. Essa história mexeu com Maria e, em algum nível, ela pareceu ter se desconectado dos recursos de Comunicação Não Violenta, que havíamos conversado. Maria fazia um movimento de consolar e aconselhar Beth, por vezes, é difícil suportar a dor do outro em nós. Maria empregou discursos que bloqueiam empatia, mas ali não era por falta de empatia, e sim por “exaustão da empatia”. Emaranhada estava Maria: sua dor se misturou a de Beth, igual ao encontro de dois rios.

“Em Estado de Pandemia”, as subjetividades estavam à “flor da pele”, não se tratava de “tempos ordinários”! Maria se mobilizou tanto ao acolher Beth, que se misturou, na medida em que empregou elementos que bloqueiam a empatia (o consolar e o aconselhar).

Em geral, a postura do consolar acontece quando temos dificuldade de “suportar” o sofrimento do outro e tentamos “nos livrar disso”, empregando expressões como: “ah, não fique assim...”, “ele estava sofrendo tanto...” E o aconselhar ocorre quando aconselhamos

do ponto de vista moralizador, a exemplo de “você não deveria fazer isso...”, “pense de outro modo...” (Rosenberg, 2003).

O “Tecendo Novas Comunicações” não se assentou no paradigma do “erro e do acerto”, tratava-se da construção de outro modo de se comunicar, e isso implica num movimento de torna-se consciente e, ainda assim, reproduziríamos os modos desconectados de se conectar.

Era preciso se implicar com os sentimentos e necessidades, que estavam vivos em Maria, quando aconteceu aquele encontro com Beth e duas dores.

Na sequência, será contado um encontro com Ana (mulher, trabalhadora e Assistente Social) e Joana, (mulher, trabalhadora, mãe e acompanhante). Falar dos lugares que elas ocupam é enxergar os atravessamentos sociopolíticos e institucionais

Depois de 2 ônibus, uma conversa difícil com o encarregado e muita apreensão, Joana chega ao pronto atendimento da UAI. Lá depara-se com o cartaz sobre o horário de visita: 14:00 às 15:00. Eram tempos que a rigidez dos protocolos era necessária, e desde a internação do pai, Joana não conseguia vê-lo, visto o temido diagnóstico, COVID-19.

Eram 15h15min, e após insistir com o porteiro, que somente reforçou os horários, Joana sentou-se e iniciou um choro silencioso, que estava contido por dias, sendo a mistura do medo, saudade e desconhecimento.

Ainda absorta em seus sentimentos, ela não percebe a aproximação de Ana, assistente social do “Projeto Ouvir, Agir e Resolver”. E mesmo com poucas palavras de Joana, a profissional consegue entender a aflição daquela mulher e conversa com o médico e enfermeira responsável pelo plantão, que cientes da gravidade do quadro do pai de Joana, liberaram aquela visita, em caráter de exceção.

Joana não soube como agradecer, pois mesmo sem poder tocar o pai, vê-lo acalmou seu coração e sentiu que o pai também ficou mais sereno.

Ao caminho de casa, já com o coração mais calmo, seu celular toca, e ela escuta a voz de Ana, que pede que ela volte à UAI para conversar...Uma hora depois, Joana recebe a notícia do óbito do pai.

Em um PA de UAI, a ordem do tempo é diferente, são muitas variáveis a serem consideradas e o estabelecimento de protocolos surge como forma de dar continência a um espaço que por si só é complexo e caótico. Por ser um lugar dinâmico, as tomadas de decisões são céleres, o papel de Ana foi fundamental, ao trazer o olhar para o sujeito, mediando a relação entre a acompanhante, os demais profissionais de saúde e as normas institucionais.

Ana nos convida a pensar o direito ao acesso à saúde num contexto pandêmico e num espaço de prontidão, o sentido do “acessar” transcende o acesso aos “recursos”,

“dispositivos” e “tratamentos”, o acesso aqui toma contornos psicossociais. Era preciso “acessar” a relação, o afeto e o enlutar: protocolos não alcançam isso!

São Reginas, Marias e Anas que estiveram nas portas de entrada dos PAs das UAIs, numa experiência única e complexa, que possibilitou transformar não só a práxis do serviço social, mas também olhar “como se fosse a primeira vez” os instituídos da mecânica hospitalar e “Tecer Novas Comunicações” entre os corredores.

Descrever os resultados alcançados sobre o encontro do “Programa Ouvir, Agir e Resolver” e o “Tecendo Novas Comunicações”, está mais relacionado à aspectos qualitativos e ao caminho percorrido do que com variáveis que podem ser “aferidas” ou “tangibilizadas”.

Conforme dito anteriormente, foram alcançadas as 23 assistentes sociais dos PAs das UAIs. E o resultado central e que subverte a lógica comum da “qualificação” e “desenvolvimento de pessoas” está relacionado ao fato de garantirmos espaço para escuta da experiência subjetiva das assistentes sociais, inseridas na porta de entrada dos PAs, em contexto de pandemia, e pensar como essa inserção atravessa a qualidade da abordagem aos usuários e acompanhantes.

Isso permitiu que as Assistentes Sociais fossem acolhidas em suas vulnerabilidades emocionais em meio à pandemia e ao funcionamento instantâneo daquele espaço de trabalho. As trabalhadoras relataram experimentar sentimentos de tristeza, medo e ansiedade. Viver neste “Estado de Exceção” também promovia um cansaço que, em grande parte, não era no corpo, e sim na “empatia”, que estava “exausta”. Não havia tempo, espaço e condições sócio-históricas para viver tudo isso, era uma “conta que não fechava”: escutar e acolher na velocidade das transformações coletivas, em pandemia.

Além disso, as Assistentes Sociais se colocaram como ativadoras de uma outra linguagem para abordar os pacientes e seus acompanhantes, promovendo “conexão” e “empatia”, e isso fez com que os demais profissionais comessem a ser convidados a questionar seus “modus operandis,” na abordagem.

Esse lugar de ativador também ampliou o diálogo entre os demais profissionais de saúde, já que precisariam conversar mais frequentemente sobre situações atípicas e

manejo de conflito nos PAs das UAIs e, conseqüentemente, fomentou o funcionamento interdisciplinar.

Era comum ver alguns gestores e/ou profissionais de saúde tentando resolver os conflitos nos PAs numa perspectiva do “silenciar pessoas”. Na contramão disso, foi possível trabalhar o que o grito, a raiva, a agitação e o choro observados podem apontar num processo de identificação de necessidades não atendidas e levantamento de estratégias para melhor atendê-las, bem como, identificar quais sinalizadores podem nos antecipar um conflito e, assim, trabalharmos a prevenção ao conflito (Rosenberg, 2003, 2019).

Em relação à qualidade da abordagem das assistentes sociais aos usuários e acompanhantes, em específico, tivemos diversos relatos de que as tecnologias de CNV e MC apoiaram e / ou fortaleceram habilidades e competências no quesito citado. Era visível, que em “Estado de Pandemia”, existiam dificuldades mais complexas e frequentes para realizarem as abordagens, mas essas trabalhadoras relataram se sentir mais orientadas e apoiadas em seu fazer.

Além disso, haviam relatos de como as demandas administrativas e organizacionais impactavam na qualidade da abordagem, humanização e acolhimento. Sob a nossa ótica, essas demandas, por vezes, se tornavam invisíveis devido ao funcionamento automático e de prontidão dos PAs. E na medida que as condições concretas do trabalho foram pautadas, outros atores deste espaço de trabalho foram convidados a pensar as implicações e as soluções disso.

Havia desejo de construir “novos sentidos” para aquela experiência, ainda que houvesse dor e medo, porque também houve vida, ética e mãos dadas. Nossa intenção não é romantizar, longe disso, pois quem viveu aquele momento sabe contar das marcas que ficam. Nossa experiência retrata um espaço que articula assistência e gestão, portanto, numa rede de gente de carne e osso, num momento histórico incerto, o que possibilitou cultivar mais perguntas do que precisar “respostas”.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, D. A. **A mediação de conflitos em meio hospitalar e o direito à saúde**. 2007. 145 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p.105-111, 2005.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: Desafio Ambicioso e Necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Editora Positivo, 2009.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 37-54.
- ROSENBERG, M. B. **Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. São Paulo: Ágora, 2003.
- ROSENBERG, M. B. **Vivendo a comunicação não violenta**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.
- SANTOS. E. T. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto a mulheres em situação de violência**. 2006. 114f. Orientadora: Tereza Kleba Lisboa. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Serviço Social, Florianópolis, 2006
- TAKEITI, B. A.; VICENTIN, M. C. G. Periferias (in)visíveis: o território-vivo da Brasilândia na perspectiva de jovens moradores. **Distúrbios da Comunicação**, v. 29, n. 1, 144–157, 2017.

MATRIZES DE COMPETÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Elinausa Lisboa dos Santos Garcia

Graduação em Serviço Social pela Universidade Norte do Paraná; Especialização em Saúde Pública - Área de Conhecimento: Saúde e Bem Estar Social, pela Universidade Norte do Paraná; Mestrado Profissional pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, pelo Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia. Atualmente, atua como Assistente Social na Secretaria de Saúde, da Prefeitura Municipal de Uberlândia. E-mail: elinausalisboa@gmail.com.

Mara Ramos de Oliveira

Graduação em Serviço Social pelo Centro Universitário do Triângulo; Especialização em Saúde Mental pela Faculdade Futura. Atualmente é Assistente Social da Prefeitura Municipal de Uberlândia. Tem experiência em Serviço Social na Atenção Primária à Saúde (Gestão e Assistência). E-mail: mararamosasocial@gmail.com.

Poliana Castro de Resende Bonati

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU); Mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU), Docente Saúde Coletiva- FAMED- UFU. Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (EERP-USP). É servidora Pública da Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) desde 2003 atuando principalmente na Atenção Primária à Saúde. e-mail: polianaresende@gmail.com

Roberta Bernardes da Silva

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Triângulo; Especialização em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde-Projeto GERUS - Universidade Federal de Uberlândia; Especialização em Saúde Pública com Ênfase em Programa de Saúde da Família - Centro Universitário São Camilo; Especialização em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia- Associação Educacional do Vale do Itajaí-Mirim-FAVIM; Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014. Mestrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador- Universidade Federal de Uberlândia; Doutorado em Saúde Pública. É servidora pública da Prefeitura Municipal de Uberlândia, atuando na Atenção Primária à Saúde. E-mail: robertabernardes.enf@gmail.com.

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.6

O Serviço Social é uma profissão marcada historicamente por lutas constantes em favor de uma sociedade mais justa e igualitária. Tem uma trajetória perpassada pelo conservadorismo, renovação e reconceituação da profissão.

Na década de 1930, o Brasil vivia o início da industrialização no país, a chamada evolução capitalista, um período em que a força de trabalho é comercializada e explorada como mercadoria através do trabalho assalariado precário, resultando em revoltas, manifestações e pressões da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho (Pellizer, 2008).

E é assim que, no mesmo período, através da criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, o governo estabelece normas disciplinares das relações de trabalho como estratégias de controle dessas reivindicações (Nascimento, 2014).

Em decorrência desse cenário sócio-político, sobretudo das relações de trabalho, surge a Questão Social, definida como expressões da injustiça social e que exigiam mecanismos para enfrentamento do aumento progressivo da pobreza da classe operária. Em vista disso, o assistente social é demandado pela burguesia, Estado e igreja católica, a atuar como manobra de controle na intervenção da classe trabalhadora, a fim de amenizar as necessidades básicas de alimento, moradia e vestuário através de ações de caridade (Yazbek, 2009).

Em 1936, por influência da Igreja Católica, nasce no Estado de São Paulo a primeira Escola de Serviço Social no Brasil, e de acordo com Oliveira (2017), baseada numa concepção de que o indivíduo pobre era desajustado e precisava de ajuda. Dessa forma, foi em 27 de agosto de 1957, que a Lei 3252, juntamente com o Decreto 994 de 15 de maio de 1962, regulamentou a profissão.

Embora a prática profissional fosse limitada nesse contexto histórico, o aprofundamento das questões sociais mediante o estudo da sociedade, também influenciado por pensadores como Émile Durkheim e Karl Marx, colaborou para um novo posicionamento da categoria, que posteriormente culminou no Movimento de Reconceituação da profissão. O Movimento de Reconceituação propiciou a formação de um profissional mais comprometido com a classe trabalhadora, capaz de subsidiar suas ações a partir de uma leitura crítica da realidade social. Foi um marco importante na ruptura com o conservadorismo presente no Serviço Social (Brasil, 2016).

A partir dessas mudanças, foi necessária uma revisão nos instrumentos normativos da profissão. Atualmente, o Serviço Social tem como referência o Código de Ética Profissional e está regulamentada pela Lei. 8662, de 7 de junho de 1993, na qual define competências e atribuições privativas do/a assistente social (Brasil, 2016).

Conforme descrito pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2016, “o Serviço Social é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, que se utiliza de instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da Questão Social”.

Os profissionais de saúde devem ter a capacidade de fazer uma leitura da realidade, e compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença. O Assistente Social é um dos profissionais que na sua formação, tem acesso aos instrumentais teórico-metodológicos para atuação junto à família, grupos e comunidade e se apresenta como um profissional de apoio importante para a equipe de saúde.

A Constituição Federal de 1988 instituiu a República Federativa do Brasil em Estado Democrático de Direito, com o objetivo de garantir os direitos sociais e individuais, liberdade, segurança, bem-estar, desenvolvimento, igualdade e justiça. Um dos grandes marcos foi estabelecer como direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, e a assistência aos desamparados, contribuindo assim para a constituição de um Estado de Bem Estar Social.

A Seguridade Social “foi uma das principais conquistas sociais da Constituição Federal (CF) de 1988, institucionalizando uma forma inovadora de organizar as iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, no acesso aos direitos da previdência social, saúde e assistência social” (Boschetti; Salvador, 2006, p. 49), baseada em princípios como equidade, uniformidade e equivalência dos benefícios urbanos e rurais, e universalidade da cobertura. (BRASIL, 2012).

Considerando a importância da inserção do/a assistente social na saúde, destacamos que a Constituição Federal de 1988, foi fundamental para a efetivação da Assistência Social como um direito social e como política pública. Além do mais, garantir a assistência social como direito na CF desmistifica o conceito de que é destinada apenas a população pobre, mas sim, a todo cidadão que apresenta vulnerabilidade ou risco social (Sposati, 2006).

A Política Nacional de Saúde, consolidada na década de 40, era organizada em saúde pública e medicina preventiva, e mesmo após várias reformulações ainda não conseguiam atender as reivindicações da população. Foi assim que, no final de 1970, o debate sobre saúde, população e políticas sociais se ampliou e fortaleceu com a participação de

todos os seguimentos da sociedade. “A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais: a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais” (Teixeira, 1989, p 50-53).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 oportunizou a apresentação do conceito ampliado de saúde, em que a visão de saúde antes centrada apenas no conhecimento médico passa a incluir os determinantes sociais, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e fatores sociais, como parte do processo saúde-doença (Brasil, 2011). Ou seja, segundo Nogueira e Miotto (2006, p. 227) é “quando se aceita que a doença ou a saúde não são situações estáticas, mas dinâmicas, impossíveis de serem explicadas unicamente pela interação mecânica de partes do organismo humano”.

Note-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. Considere-se que a partir dos anos 90, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, imprimiram novas características ao modelo de gestão e atenção e, portanto aos processos de trabalho, vindo a compor novas modalidades de cooperação (Costa, 2006, p. 310-11).

No período pós-constitucional, numa trajetória marcada por profundas mudanças na política de assistência social, apesar das dificuldades enfrentadas, foi sancionada a Lei nº 8.742/93 — Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que tornou operacionais os princípios contidos na Constituição Federal, estabelecendo uma nova matriz para a assistência social brasileira e definindo a Assistência Social como um dos pilares da Seguridade Social.

Foi com base na LOAS, que em 2005, se tornou possível a criação do Sistema Único de Assistência (SUAS), contribuindo assim para a consolidação da Assistência Social como política pública, a partir da Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004). O SUAS, têm por objetivo organizar o sistema de Assistência Social, desde os serviços até o financiamento. Assim como o SUS, se configura um sistema descentralizado e participativo, fundamentado em princípios tais como universalização e igualdade dos direitos e respeito à dignidade humana (BRASIL, 2012).

Na avaliação de Lessa (2016), a Política de Saúde permitiu a ampliação do espaço sócio ocupacional do Serviço Social não só como campo de trabalho, como também das ações desenvolvidas, exigindo capacidade para transpor as funções rotineiras, diante das novas demandas apresentadas pela sociedade.

Para referenciar a intervenção de Assistentes Sociais na área de saúde, foi constituído e instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008, o documento titulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”.

De acordo com documento, os/as assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (Brasil, 2010/2011).

Essa atuação é orientada e norteada por competências e atribuições extraídas a partir dos direitos e deveres inscritos no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulação da Profissão.

Assim sendo, são Competências e Atribuições do profissional de Serviço Social:

Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades; prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; planejar, organizar e administrar serviços sociais e Unidade de Serviço Social; realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 36-7).

Ademais, são Atribuições Privativas do Assistente Social:

Coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; assessorar e dar consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social; realizar vistorias, perícias técnicas, laudos

periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; treinar, avaliar e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social; dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais; dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria (Conselho Federal de Serviço Social, 2010, p. 36-7).

Dessa forma, considerando a importância da interdisciplinaridade nas ações em saúde, foi em 1997, através da Resolução nº 218 do Conselho Nacional de Saúde, que o/a assistente social foi reconhecido/a como um/a dos/as profissionais da área de saúde.

É importante pontuar que, objetivando a melhoria de acesso da população aos serviços de saúde, surge em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); com segunda edição em 2011 e a terceira em 2017, fortalecendo a estabelecendo a Atenção Primária à Saúde (APS), como ordenadora das Redes de Atenção (Brasil, 2017).

Sendo assim, as UBSs e UBSFs são unidades de APS instituídas como estratégias de consolidação dos princípios e diretrizes da Atenção Básica e como forma de ampliar os serviços e a resolutividade das situações de saúde, tanto individual como coletiva. Para, além disso, é um meio de economia para os serviços de média e alta complexidade, tendo em vista o foco na prevenção e promoção à saúde (Brasil, 2017).

Na Rede de saúde, o/a assistente social está inserido em diversos espaços sócios ocupacionais, de forma que a APS se configura como um importante lugar de atuação do/da profissional.

A APS é a porta de entrada dos SUS, por meio do qual se conhece o território de abrangência e a realidade dos usuários que ali vivem, considerando todos os determinantes sociais da saúde nas práticas de promoção e prevenção à saúde. Nesse contexto, se apresentam as expressões da questão social, o que demanda do/da assistente social na sua práxis a intervenção a partir das condições de vida desses usuários.

Nesse sentido, o Serviço Social têm nas unidades de saúde um amplo campo de atuação, desenvolvendo ações como: organização dos serviços através de demandas programadas e espontâneas, acolhimento, escuta qualificada e direcionamentos dos usuários, tanto para os serviços internos quanto externos, realização de visitas domiciliares, orientação familiar em situações de violências, pessoas em situação de rua, mediação de conflitos, atuação junto a demandas judiciais, emissão de relatórios e pareceres sociais e registro de evolução em prontuário (Santos; Semzezem; Silva, 2017).

Além disso, tem como desafio, atender as demandas dos usuários de saúde a partir do atendimento humanizado e das Políticas Públicas estabelecidas, garantindo e facilitando o acesso aos serviços de saúde.

Na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, o/a assistente social como integrante de uma equipe multidisciplinar na APS tem como referência, alinhado ao Código de Ética Profissional, as ações estabelecidas no Caderno de Atenção Básica n.º 27 (Brasil, 2009):

Coordenar os trabalhos de caráter social; Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF; Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades; Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF; Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento; Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade; Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social; Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde; Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas; Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF; Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar (BRASIL, 2009, p. 102).

Observa-se que as ações definidas estão em concordância com o documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, e vale salientar que possui um caráter deveras coletivo, direcionado principalmente para a mobilização social.

Em conformidade com essas competências e atribuições, foi construído pela Gestão do Serviço Social na saúde em 2012, o Manual do Serviço Social- Ações em Saúde, com o objetivo de nortear as ações profissionais na Rede de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Uberlândia, a partir das Matrizes de Competências em todos os ciclos de vida.

Essas ações são desenvolvidas a partir das Diretrizes para atendimento da APS, atualizada em 3 de novembro de 2020, que são: saúde da criança e do adolescente; saúde da mulher e da gestante; saúde mental; saúde da pessoa idosa; saúde da pessoa com hipertensão e diabetes; pessoa com deficiência e reabilitação e atenção à saúde bucal.

Posto isso, com base nessas Diretrizes, as Matrizes de Competências do Serviço Social na APS compreendem as ações descritas:

- Acolhimento à mulher gestante e orientações sobre direitos e benefícios;
- Grupos operativos da equipe multidisciplinar;
- Orientação referente ao Planejamento Familiar;
- Facilitador de acesso aos encaminhamentos de alto risco;
- Apoio nas investigações de óbitos materno-infantil;
- Orientação sobre fluxos de encaminhamentos para média e alta complexidade;
- Apoio e acompanhamento dos Planos de Cuidado desenvolvido pela equipe;
- Busca ativa, priorizando os casos de alto risco;
- Realizar Visitas Domiciliares e Institucionais;
- Emitir Relatório/Parecer Social de opinião técnica, mediante observação e estudo social;
- Apoio e acompanhamento de Gestão de Caso;
- Acolhimento à família e a pessoa em sofrimento mental e/ou uso de álcool e outras drogas;
- Acolher e Acompanhar famílias e/ou indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade social;

- Participar da construção de Gestão de Caso e Planos Terapêuticos;
- Realizar Avaliação Social;
- Busca ativa e intervenção domiciliar em casos de não adesão ao tratamento;
- Estabelecer comunicações intersetoriais;
- Construir estratégias de Mobilização Social;
- Conhecer os equipamentos sociais no território de abrangência;
- Realizar abordagem socioeducativa com famílias.

Além disso, o assistente social tem competências teóricas, técnico-operativas e ético-políticas para atuar de forma criativa, através de formulação e implementação de intervenções necessárias no contexto da realidade social que se apresenta a partir das expressões das questões sociais (Iamamoto, 2009).

A exemplo foram as ações demandadas para o Serviço Social na saúde de Uberlândia, que precisaram ser fortalecidas durante o período de Pandemia, a partir da Cartilha de Reabilitação após Alta Hospitalar por Covi-19 para APS, de 2021, dentre elas:

- Participar e apoiar a equipe no Plano de Cuidado para alta e Reabilitação pós-covid-19;
- Participar, apoiar e acompanhar Gestão de Casos de pacientes internados com covid-19;
- Realizar avaliação socioeconômica com usuário e/ou seus familiares para fins de benefícios e serviços sociais, orientando-os e/ou encaminhando-os para órgão competente para o acesso aos seus direitos;
- Verificar impactos sociais pós-covid-19;
- Elaborar Plano de Cuidado;
- Definir e realizar a conduta por meio de visita domiciliar, atendimento presencial e/ou teleconsulta;

- Monitoramento de caso;
- Registro em Prontuário eletrônico;
- Avaliação de risco e vulnerabilidade social dos pacientes com doença falciforme pós-covid-19.

Observa-se que o assistente social trabalha, não só na perspectiva de direitos e garantia de acesso, mas também na intervenção social a fim de que os serviços sociais sejam usufruídos de forma crítica e consciente, com o propósito de transformar a realidade.

Partindo do princípio que a formação teórico-metodológica e dimensão técnico-operativa desse profissional considera o sujeito social na sua singularidade, integralidade e na sua inserção sócio cultural, é perceptível sua necessidade no sistema público de saúde (Iamamoto, 2006).

Portanto, compreendendo a importância desse profissional na equipe de Atenção Primária, a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia tem expandido cada vez seus espaços sócio ocupacionais, a fim de fortalecer a equipe multiprofissional e oferecer ao usuário um cuidado integral e ampliado de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Dia do/a Assistente Social**. Brasília: CEFSS, DF. 2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/dia-doa-assistente-social>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, n.º 2, Brasília: CFESS, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, n. 2, Brasília: CFESS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Promoção da Saúde. - Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/promocao-da-saude/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf. Acesso em: 11 jul. 2023.

BRASIL. Senado federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 jul. 2023.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais**. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 41 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, Marilda. **O serviço social na cena contemporânea**. CFESS, ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CEAD/UnB. Brasília. 2009.

LESSA, Ana Paula Girão. **Políticas de saúde e serviço social: contradições, ambiguidades e possibilidades** [livro eletrônico]. In: COSTA, Liduina Farias Almeida da. RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco. (Orgs.). Paraíba: EDUFCEG / Fortaleza: EdUECE, 2017. 310p. Disponível em: http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Poli%CC%81tica%20de%20Sau%CC%81de%20e%20Servic%CC%A7o%20Social_Marc%CC%A7o13.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. **Iniciação ao direito do trabalho**. 39. ed. São Paulo : LTr, 2014. Disponível em: <http://www.ltr.com.br/loja/folheie/5021.pdf>. Acesso em: 11 jul 2023

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios atuais do Sistema único de Saúde e as exigências para os Assistentes Sociais**. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, Edístia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos histórico balizados nos códigos de ética da profissão. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 128, p. 143-163, abr. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000100143&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 09 jul. 2023.

OLIVEIRA, Karina Kelly *et al.* **Cartilha de reabilitação após alta hospitalar por Covid-19 para a Atenção Primária**. Secretaria Municipal de Saúde. Uberlândia, MG, 2021.

PELLIZER, Olema Palmira. **História do serviço social**. Canoas: ed. ULBRA, 2008.

PMU. Prefeitura Municipal de Uberlândia. **Resolução n.º 026**, de 29 de agosto de 2018. Dispõe sobre a aprovação do Plano Municipal de Saúde do Município de Uberlândia/MG, para o período 2018/2021. Uberlândia: Diário Oficial do Município, n. 5567, 20 fev. 2019. Disponível em: <http://docs.uberlandia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-n%C2%BA-0262018.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

PMU. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do serviço social – ações em saúde**. Uberlândia, MG. 2012.

SANTOS, J. Z. dos; SEMZEZEM, P.; DA SILVA, T. G. M. Matrizes do conhecimento que influenciam/ram o Serviço Social brasileiro. **Anais [...] Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/16544>. Acesso em: 10 jul 2023.

SPOSATI, Aldaíza. **O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, n. 87, São Paulo, Cortez, 2006.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. Teixeira, S. F. (org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 1989.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio histórico da profissão. In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS: ABEPSS, 2009. Disponível em: <http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>. Acesso em: 09 jul. 2023.

ESPERANÇA EQUILIBRISTA¹ NO CHÃO DA VIDA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DAS(DOS) ASSISTENTES SOCIAIS NO SUS

Jaqueline Teixeira Paiva

Graduação em Serviço Social; Mestrado em Psicologia Aplicada pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU; Especialização em Apoio Institucional em Saúde pela UNICAMP e Gestão em Políticas Públicas pela PUC Minas; Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Atualmente, atua na Atenção Básica - Saúde Mental SUS - Prefeitura Municipal de Uberlândia. E-mail: jaquelinepaivassocial@gmail.com.

Maria Pena Alves Melo

Graduação em Serviço Social pela UNITRI; Especialização em Gestão Organizacional e Desenvolvimento de Talentos Humanos pela Faculdade Católica de Uberlândia. É servidora pública municipal, atuando como Assistente Social no Setor de Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. E-mail: mariapena07@gmail.com.

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.7

Era agosto de 2022 no cerrado mineiro, naquele calor seco que espera a primavera, ao longe do setor leste da cidade, acontecia um mini fórum² realizado no território entre(inter) pares da rede. Ali participavam as equipes da Unidade Básica de Saúde da Família de Vila dos Pássaros, do CAPS Antônio Bispo dos Santos, do CRAS Pirapora, do 3º Conselho Tutelar, da equipe pedagógica e psicossocial da Escola Dona Ivone Lara, e também do Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa.³

Essa gente toda estava reunida em roda⁴ para pensar o projeto terapêutico singular⁵ do cuidado em saúde, da proteção social e da garantia de direitos, da Sra. Elza, e também da sua família e comunidade. Porque é assim que acontece no chão da vida, na

¹ Alusão à canção "O bêbado e a equilibrista" - Elis Regina.

² A instrumentalidade do trabalho, segundo Yolanda Guerra, é uma propriedade e/ou capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Desta forma, podem fazer uso do mini fórum como um espaço utilizado como cenário de intercâmbio entre pessoas que desejam discutir sobre problemas específicos ou qualquer tipo de tema.

³ SAD - Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento /UBSF - Unidade de Saúde onde funciona a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é o pilar central em que se alicerça a expansão, consolidação e qualificação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujos princípios são: promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde/CRAS - Centro de Referência de Assistência Social é a porta de entrada da Assistência Social. É um local público, localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, onde são oferecidos os serviços de Assistência Social, com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade/Conselho Tutelar - o órgão colegiado encarregado pela sociedade de zelar pelos direitos das crianças e adolescentes.

⁴ A perspectiva de rede, como versa na definição da Portaria GM/MS n.º 3/207: Redes de Atenção à Saúde (RAS) como sendo arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado".

⁵ O Projeto Terapêutico Singular é um trabalho realizado pela equipe interdisciplinar de saúde com vistas ao acompanhamento de um caso específico que envolve um sujeito ou uma comunidade. O caso trabalhado em um PTS deve ser eleito pela equipe considerando a necessidade de atenção ampliada à situação. Geralmente, são situações onde já foram tentadas ações pontuais e não se atingiu o resultado esperado devido a certa dificuldade em sua condução. Também são trabalhadas as vulnerabilidades do indivíduo ou comunidade.

concretude das demandas objetivas e subjetivas da vida cotidiana, é lá que germina o cuidado em comunidade, a saúde coletiva⁶.

Assim, as relações sociais e comunitárias são os fios da vida, que quando tecidos entre laços e nós, constituem histórias complexas, desafiadoras e igualmente preciosas. É lá na comunidade onde se constroem as relações, com os pés no território, um olhar atento, crítico, interessado e eticamente implicado, cenário que, a incursão das(os) Assistentes Sociais produz - junto e a partir da comunidade, ou seja, horizontal e longitudinalmente⁷ - fissuras nas contradições do modo de acumulação capitalista, alicerçadas nos pilares de gênero, classe e relação étnico-racial.

Uma vez que são os territórios que compõe o lócus dialético⁸ em que se apresentam as expressões da questão social⁹, por meio das contradições históricas do contexto político, econômico e social da gênese capitalista. Cenário este, na comunidade-território¹⁰, em que são construídos os valores, a cultura, a interação com o ambiente, e, fazendo marcas no mundo, ao passo em que também é moldado por ele. Para Engels,(1976, p. 51) “o movimento é o modo de existência da matéria”.

Dessa maneira, as demandas que se apresentam às(aos) Assistentes Sociais na comunidade-território, abarcam uma densa complexidade. Considerando a perspectiva do Serviço Social, cuja realidade cotidiana de trabalho é composta pelas expressões da questão social, conceito que permite-nos ampliar o olhar para determinantes sociais de saúde, uma vez que supera a análise das condições de saúde-doença, dado que toda a problemá-

6 O conceito de saúde coletiva concentra-se, principalmente, em uma palavra específica: prevenção. O objetivo desse ramo da saúde pública é pesquisar, desenvolver e atuar em ações voltadas para a prevenção de doenças e da medicina social, que foca principalmente em campanhas de conscientização e alertas, com estudos relacionados à gestão, bioestatística e epidemiologia.

7 Princípios do SUS: Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

8 O materialismo dialético denota seu caráter histórico baseando-se em quatro princípios fundamentais: (1) a história da filosofia, que aparece como uma sucessão de doutrinas filosóficas contraditórias, dissimula um processo em que se enfrentam o princípio idealista e o princípio materialista; (2) o ser determina a consciência e não inversamente; (3) toda a matéria é essencialmente dialética, e o contrário da dialética é a metafísica, que entende a matéria como estática e anistórica; (4) a dialética é o estudo da contradição na essência mesma das coisas. (ALVES, 2010, p.1).

9 A concepção de questão social mais difundida no Serviço Social é a de CARVALHO e IAMAMOTO, (1983, p.77), “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”.

10 Tomamos como inspiração a escritora e jornalista Eliane Brum, que conta sobre povos-floresta, em sua obra Banzeiro Ôkôtô, refere-se aos povos originários, que pela sua maneira de existir e estar no mundo “agarram-se à Terra”. Assim cabe dizer que as comunidades-território (re)existem da, através e pela maneira como estão no território que pertencem.

tica social que se apresentam às equipes do SUS, são marcadas por condições de saúde, e/ou dos processos saúde-doença que favorecem ao modo de produção capitalista, e, desmedidamente nocivas à saúde e à vida.

Assim, o caso da Sra. Elza, sua família e comunidade, convida-nos a pensar sobre as singularidades e a dimensão sócio-política do sofrimento¹¹ que se expressam em múltiplas demandas no cotidiano do SUS, mas também sobre os pilares estruturantes da sociedade capitalista que impõe e perpetua o nosso aviltante modo de viver em sociedade.

Feito esse preâmbulo, para contar um pouco sob quais lentes consideramos olhar-escutar-acompanhar o caso da Dona Elza e dos seus, precisamos alinhar alguns pontos, uma vez que o objetivo dessa narrativa antes de mais nada é, mobilizar os afetos, conectar afetivamente o leitor à essa família e comunidade.

É desse lugar, do vínculo¹² afetiva e eticamente implicado¹³, que desejamos tecer um ensaio analítico da perspectiva crítica Ético-Política¹⁴ do Serviço Social. Sem a impraticável pretensão de esgotar a análise aprofundada do caso sob vários enfoques, trataremos de recortes e fragmentos do caso da senhora Elza, com o objetivo de construir diálogos, reflexões e provocações, frente aos desafios e perspectivas profissionais, para pensar a práxis das(dos) Assistentes Sociais frente às complexas e multifacetadas transformações societárias dos tempos atuais.¹⁵

É de sonho, e de pó. [...] (Renato Teixeira)

Elzinha, como era conhecida em Vila dos Pássaros, bairro periférico da zona leste da cidade, era miúda em estatura, mas gigante em seus feitos e na sua história de vida. Mulher nordestina, porreta e valente, conheceu a fome e outras violências cedo na vida, desafiou os perigos, e se safou da morte algumas vezes. Órfã de mãe aos 10 anos de idade, era a irmã mais velha de 5 crias, seu pai Joaquim, trabalhava no roçado de cedo até a

11 Conceito articulado por Mirian Rosa Debieux (2016) que intitula seu livro, considerando as marcas da cena sócio-política na constituição da subjetividade do sujeito, e como se interrelacionam com os enunciados sociais.

12 Na portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o termo é entendido ora como princípio, ora como fundamento e diretriz da Atenção Básica, e aparece sob uma definição mais precisa, na qual o vínculo “[...] consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

13 Desde o clássico O Sexo da Pobreza (Agier, 1990), até a pesquisa recente Economia do cuidado (Queiroz, 2021), reiteram afirmações repetidas e identificadas há décadas, sobre o fenômeno de feminização da pobreza, cuja responsabilização recai sobre as mulheres, que por sua vez se alinham em ações auto organizativas, para sua sobrevivência, de seus núcleos familiares e comunidades.

14 José Paulo Netto, Projeto Ético-Político.

15 José Paulo Netto, Transformações societárias e Serviço Social.

notinha, logo, na dureza da vida sertaneja, sem a presença do Estado, sem rede de apoio e com privações de toda ordem, lhe era impelido os cuidados com os irmãos mais novos, e também da vida doméstica, história - infelizmente - comum, ainda hoje.

Ainda aos dez anos, precisou sair da escola, por falta de condições, era lá que encontrava seus dias mais felizes, porque tinha merenda, amigos e conhecimento, como um portal de possibilidades para desbravar o mundo. Infâncias roubadas, como a realidade de tantas outras brasileiras, aguçou em Elza o desejo e a esperança de migrar para longe de toda aquela penúria. Sem referências de cuidado, temendo mais desamparo, foi submetida, ainda adolescente com 14 anos, a uma relação de exploração, “casou jovem” - diziam, quando na verdade a então menina Elza, encorpava as estatísticas brasileiras, nas quais crianças e adolescentes são negligenciadas à própria sorte, em relações de abuso e exploração sexual, como possibilidade de sobrevivência.¹⁶

Naquela época não havia a doutrina de proteção integral¹⁷, nem os dispositivos sociais de proteção social, cuidado e garantia de direitos, nesse sentido é possível empreender sobre os avanços, apesar dos muitos desafios, o arcabouço jurídico-normativo e instrumental que alicerça o fazer profissional da(o) Assistente Social, representa um conjunto de lutas sociais e conquistas democráticas fundamentais à uma sociedade pautada nos direitos humanos, liberdade e justiça social com o respeito à diversidade e pluralidade.

E dessa relação, Elza teve dois filhos, um menino e uma menina, hoje adultos, e também três netos, filhos da mais velha, Carolina. De maneira que os dois netos, fruto do primeiro casamento, são criados pela dona Elza com ajuda de seu filho Laerte, e um mais novo da relação atual, vivendo atualmente no interior de São Paulo. Dona Elza, trabalhou boa parte de sua vida informalmente como empregada doméstica, e também fazia “bicos” como doceira e catadora de recicláveis para complementar a renda.

A família era acompanhada no território pelo CRAS, por meio do PAIF, eram beneficiários do Bolsa-Família, da Tarifa Social da CEMIG e os benefícios eventuais. As demandas que se apresentavam eram múltiplas e complexas, desde insegurança alimentar, como baixa presença escolar, e fragilização de vínculos sociofamiliares.

¹⁶ O Brasil é o 4º país no ranking mundial de exploração e violência infantil com essa tipificação, revelou o estudo *Tirando o Véu* (2019)

¹⁷ Estatuto da Criança e Adolescente - ECA propõe a construção de um modelo de proteção integral às crianças e aos adolescentes.

Em 2018, quando completou 65 anos, a senhora Elza acessou o BPC¹⁸, benefício o qual Carolina também obteve, nesse caso, em razão de um quadro de transtorno mental grave que se apresentou aos 20 anos de idade. Já Laerte como principal apoio da mãe, assumiu também o lugar das referências de cuidado de toda a família, cujas demandas eram numerosas e custosas, o que dificultava sua vinculação ao trabalho formal, e por isso auxiliava também financeiramente por meio de bicos e trabalhos informais que realizava, ali mesmo na comunidade-território.

Tal cenário revelava-se dramático, quando associado à privação de direitos básicos como moradia, alimentação, trabalho, ausência de redes de apoio sociocomunitárias e institucionais.

Bem perto dali, outra equipe também acompanhava a família, da UBSF Vila dos Pássaros, desde os cuidados básicos tais como saúde bucal, imunização, dispensação de medicações, insumos, e todo um artesanato interdisciplinar do cuidado biopsicossocial.

Acompanhar é uma palavra que parece nem dar conta da dimensão de tudo que é construído nessa relação do cuidar. “Estar junto”, “fazer com”, olhar, escutar, dizer, (des/re) construir. Era sobre todas essas coisas, mas com a delicadeza de quem adentra no território do outro, com o compromisso ético-político, com a qualificação técnica e consciência de que cuidar de pessoas, no SUS, significa superar a ideia-prática de intervencionismos enquanto fim.

Eram diversas, e nem sempre coordenadas em rede, as ações desenvolvidas para o cuidado e proteção da família da Senhora Elza. “A família não adere ao tratamento!”, ou “às intervenções”, são expressões corriqueiras na rede, quando traduz o sentimento de impotência, de um esgotamento físico e mental dos trabalhadores da saúde.

Há ali, um mandato não-dito, e ao mesmo tempo manifesto em metas, números e precarização das condições de trabalho, que convoca os trabalhadores ao lugar de “resolutividade”, o que se opõe em essência ao conceito de acompanhamento, e produção do cuidado.

Cuidar de pessoas, comunidades-territórios no SUS, é sobre levar em conta uma

18 Benefício de Prestação Continuada, no valor de um salário mínimo previsto na Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

análise histórico-social da complexa conjuntura emaranhada em tantas expressões, ao passo em que não se perde de vista o sujeito, de direitos, de desejo, é também sobre apostar no vínculo, e nos movimentos cambiantes dos ciclos da vida. Pautados em uma relação horizontal e longitudinal, de respeito, de idas e vindas, “estar junto” exige também a necessidade de recalculando a rota, distanciar-se afetivamente do fenômeno para redimensionar esse cuidado, entre pares, em rede. Segundo Monerrat; Almeida, Souza (2014), a ideia de rede abarca também:

“[...] uma decisão política, que exige estratégias processuais deliberadas, alianças, adquirindo uma configuração quase contratual. Exige um pacto entre gestores, técnicos, saberes, pessoas, projetos e instituições em sintonia com a realidade local, com sua cultura de organização social (Monerrat; Almeida; Souza, 2014, p.98-9).

Uma sensação pela qual as equipes eram tomadas, tão comum entre os profissionais da linha de frente das políticas públicas, é a de “enxugar gelo”, já que as propostas de intervenção nem sempre, logram o idealizado “sucesso” e resultado, expressões da lógica produtivista. Esse contexto, não despretensiosamente organizado de maneira que, responsabiliza, e ao mesmo tempo desampara os profissionais, culpabiliza as famílias, e isenta as instituições da obrigação de construir uma agenda viável que priorize os aspectos fundamentais à efetivação das políticas públicas. Essas tensões culminam na desarticulação da rede, o no “efeito cabo-de-guerra”.

A equipe da UBSF Vila dos Pássaros acompanhava a família há anos, por múltiplas demandas de saúde que se apresentam, as condições crônicas de saúde da senhora Elza, quadros de hipertensão e diabetes, com comorbidades que afetam o aparelho circulatório. O quadro de transtorno mental de Carolina, que apresentava crises recorrentes e irrompia no terreno da concretude real, com vínculos fragilizados e/ou em ruptura. Já Laerte, não demandava quase nada da equipe, “era o paciente bonzinho”, mas para quem o conhecia, haviam sinais claros de um esgotamento e sobrecarga do cuidado. Quando abordado por Mariele, psicóloga da equipe, ele afirmava por repetidas vezes que “não tinha tempo para adoecer, e num momento melhor, sempre se referindo a um futuro que nunca chegaria, ele agendaria para conversar com ela sobre seus desejos, e sofrimentos”.

E, ainda, um dos netos da senhora Elza¹⁹, Francisco, que estava em investigação diagnóstica, já tardia (6 anos), para TEA. Muitas marcas se repetem na história dos filhos

19 Referência ao Transtorno do Espectro Autista (TEA).

e netos de Elzinha, ora pelas privações e/ou violências, sobrecargas, exclusão social, e processos de adoecimentos singulares e coletivos, múltiplos, forjados na dureza de uma história de vida acidentada.

Em 2021, em meio a pandemia mundial, e concomitante a um período econômico, político e social dos mais degradantes da história desse país, dona Elzinha sofreu um AVC, ficando gravemente sequelada, já receberia alta acompanhada também pelo SAD/Melhor em Casa. Essa tragédia marcaria de maneira severa a vida daquela família. Durante toda essa fatalidade familiar, Carolina retornou de outro Estado após um processo de separação violento e tumultuado, trazendo consigo o filho mais novo, e a condição evidente de vulnerabilidade.

Em decorrência disso, a sobrecarga de Laerte aumentou brutalmente, e o acompanhamento das crianças e suas copiosas demandas, na rede de saúde, assistência, educação e esporte ficariam, naquele momento, em segundo plano, pois as urgências do viver estão postas ali.

Voltamos à cena que abre esse ensaio, não despretensiosamente fala de rede, de coletividade, integralidade, afeto e um posicionamento ético-político, do e pelo cuidado. Lá mesmo já anunciamos a imprescindibilidade da perspectiva de rede para a construção de um cuidado efetivo, em especial no que tange à lógica de família e comunidade.

Naquela roda, tantas profissionais investidas de uma “esperança equilibrada”, diante de um cenário desalentador, estavam lá reunidos, por repetidas vezes, a pensar novas estratégias, pois eram novos os tempos também. Outras questões viriam, além de tudo que já estava inscrito ali. Uma teimosia irremediável guiava aquele coletivo, a certeza, de que tão somente em rede, construir-se-iam estratégias para o cuidado, proteção e garantia para aquelas pessoas.

Nessas breves tomadas, da senhora Elza e sua família, comunidade-território, acompanhamos dramas, sofrimento, adoecimento, ao passo que também o investimento das equipes, a promoção do acesso, o “estar junto”, sem desistir, sol à sol, articulando estratégias, ações, viabilizando a continuidade da vida, e existência daquelas pessoas, em sua singularidade, sem a empáfia de “adequar”, de resolver, como quem encerra um feito

burocrático.

“Estar junto”, produzindo cuidado no SUS, é acompanhar a vida, em suas tantas cores, feitos, valentias, dores, dissabores e desafios. Nessa atmosfera de uma esperança equilibrada, como a teimosia daqueles que (re)existem às agruras das transformações sociais e suas marcas singulares, convidamos às considerações nada finais, como quem deseja continuar esses diálogos, em rede, em roda.

CONSIDERAÇÕES

Tem dias que a gente se sente/ Como quem partiu ou morreu
A gente estancou de repente
Ou foi o mundo então que cresceu
A gente quer ter voz ativa
No nosso destino mandar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega o destino pra lá (Trecho música Roda Viva, Chico Buarque, 1967).

A Roda Viva de Chico, nos faz conectar com o poema de Galeano sobre a utopia, ele diz que a utopia tem a ver com o direito ao delírio, o direito de sonhar. E como na Roda Viva do SUS, a construção do cuidado cotidianamente no território é fielmente traduzida pela ideia “do direito de sonhar”.

Os sonhos das comunidades-territórios que sonham com a saúde em suas tantas formas, pelo acesso aos insumos e serviços, pela saúde enquanto um direito irrevogável, e possibilidade de uma vida digna, com mais sentido, afeto, respeito.

Também sonham os trabalhadores, com a esperança equilibrada, de quem cuida, dos planos, estratégias e lutas travadas dia a dia no terreno do real, como quem se sabe parte, pertencente a uma das maiores conquistas democráticas desse país, o SUS, roda pela qual se promove transformação social, redistribuição de renda e construção de uma sociedade mais justa e menos desigual, como no poema da utopia, quanto mais caminhamos, mais ela se afasta, está a serviço de manter-nos caminhantes, em movimento.

Dona Elza e os seus, personagens da vida real, nos deram pistas, cheiros, afetos e dramas da vida real que acontece no território, sob o pretexto de suscitarmos perguntas, caminhos, descaminhos e reflexões sobre os desafios e perspectivas para o exercício profissional das(os) Assistentes Sociais no SUS.

Dito isso, faz-se urgente reafirmar o lugar de classe trabalhadora pela categoria profissional do Serviço Social, demarcando a disputa por um projeto societário emancipatório e democrático. O que exige, na prática, a garantia dos espaços de formação continuada, e educação permanente e articulação coletiva, associado às condições dignas de trabalho para alcançar uma práxis possível nesses tempos áridos e desafiadores, que permita a produção de respostas alicerçadas no compromisso ético-político profissional.

Por fim, olhar para o horizonte utópico de Galeano no SUS, passa necessariamente, por cuidar das lacunas e mazelas produzidas pelo próprio modo de acumulação do capital, logo o compromisso precisa estar nos espaços de controle social, nas lutas coletivas, na agenda dos gestores, implicadas em formar, qualificar e apoiar as equipes do SUS, das quais também fazem parte às Assistentes Sociais. Para que, dessa maneira, a produção de cuidado no SUS seja ético-politicamente implicada e emancipatória, considerando as dimensões objetivas e subjetivas da comunidade, por meio da efetivação das políticas públicas sociais intersetoriais.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**. 9. ed., 2010.

BRASIL. **Lei n.º 8.742**. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília: Ministério da Saúde, 7 de dezembro de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488**, de 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: Ministério da Saúde; 2011 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 24 jun. 2023.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Eleição para Conselhos Tutelares 2023**. Tudo o que você precisa saber. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/conselhos-tutelares>. Acesso em: 24 jun. 2023.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Melhor em casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/melhor-em-casa>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Ministério de Saúde. Sistema Único de Saúde. Estrutura, princípios e como funciona. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRUM, Eliane. **Banheiro Okoto**: Uma viagem à Amazônia centro do mundo. 1 ed. São Paulo, Companhia das Letras, 2021.

BVS. Biblioteca Virtual de Saúde. Atenção Primária em Saúde. Processo de Trabalho na APS. Quais são os passos para o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular na APS? **Núcleo de Telessaúde Mato Grosso do Sul**, 31 mai. 2021. Disponível: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-os-passos-para-o-desenvolvimento-de-um-projeto-terapeutico-singular-na-aps/>. Acesso em: 20 jun. 2023.

ENGELS, F. **A dialética da natureza**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 62. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, Cortez, 1983

PATRON, Lau. Instituto Amuta. **Maternar o futuro**. Podcast Amor em pauta. Spotify; 2020
Disponível em: https://open.spotify.com/episode/77bNMhOciqlGnlxOxudJ2l?si+mHV-ciLaTTGZm8Ryer77Zw&utm_source=whatsapp&nd=1. Acesso em: 03 nov. 2021.

MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (Orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. 286p. (ISBN: 978-85-65540-11-7.)

NETTO, José Paulo. CRESS. Conselho Regional de Serviço Social. **Projeto ético-político e exercício profissional em Serviço Social**. Rio de Janeiro: CRESS - 7ª Região, 2013.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 50, 1996.

SAÚDE MENTAL EM TEMPOS PANDÊMICOS: DIÁLOGOS SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE E A SAÚDE DO TRABALHADOR

Aline Schwartz

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia- UFU; Especialização em Psicopedagogia pela UFU (2005); Mestrado em Psicologia Aplicada pela UFU; Especialização em Gestão em Saúde pelo Grupo Educacional IBRA; Residência em arte Contemporânea pela FUNARTE. Foi coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas CAPSad III. Atualmente atua como Gerente do Centro de Convivência e Cultura da Prefeitura Municipal, Regido pela Organização Social SPDM. E-mail: alineschwartz@gmail.com.

Jaqueline Teixeira Paiva

Graduação em Serviço Social; Especialização em Apoio Institucional em Saúde pela UNICAMP, e Gestão em Políticas Públicas pela PUC Minas; Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Uberlândia – UFU; Mestrado em Psicologia Aplicada pela Universidade Federal de Uberlândia - UFU. Atualmente atua na Atenção Básica/Saúde Mental SUS, Prefeitura Municipal de Uberlândia em Uberlândia-MG. E-mail: jaquelinepaivassocial@gmail.com.

Naira de Moraes Souza

Graduação pela Universidade Federal de Uberlândia, Especialização em Psicologia Social e Antropologia pela Faculdade Metropolitana em Ribeirão Preto. Atua como Psicóloga no SUS pela Prefeitura Municipal de Uberlândia desde 2016, trabalhando no Caps Ad III de 2016 a 2021 e no Centro de Convivência e Cultura de 2021 até o momento. E-mail: nairams@hotmail.com.

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.8

INTRODUÇÃO

Tempos extraordinários exigem ações extraordinárias (Serrano, 2021, p. 1).

O Brasil passou (2019-2021) pela mais grave pandemia de uma doença infecciosa causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2). A doença chamada COVID-19 potencialmente fatal que representou o mais importante problema mundial de saúde pública dos últimos 100 anos, comparado apenas com a gripe espanhola que matou cerca de 25 milhões de pessoas entre 1918 e 1920. Na Linha de Frente, profissionais da saúde atuantes na multidisciplinariedade, que estavam particularmente susceptíveis a infecção.

Em suas jornadas de trabalho, estes profissionais mostravam exaustão física e mental, dificuldades na tomada de decisão e ansiedade pela dor de perder pacientes e colegas, além do risco de infecção e a possibilidade de transmitir para familiares. Fora do trabalho, a necessidade do distanciamento social fragilizou a rede de apoio destes profissio-

nais, criou novas demandas de reorganização da rotina que abalaram as bases nas quais estes se apoiavam para conseguir se dedicar ao trabalho em cargas horárias extensas. A sobrecarga mental começava antes de chegar ao trabalho. Assim, garantir assistência médica para os profissionais de saúde e apoio psicológico foi fundamental.

Para propor uma ação de cuidado, foi preciso ler o Social, para tanto, te convido a refletir conosco sobre o termo “GLOCAL”, em que Milton Santos, ‘Geógrafo e pensador’, a descreve como relações estabelecidas entre as diferentes regiões planetárias e o possível surgimento de um espaço mutuamente global e local (glocal).

Milton Santos (1994a) aponta:

Tudo começa conhecimento do mundo e se amplia com o conhecimento do lugar, tarefa conjunta que é hoje tanto mais possível porque cada lugar é o mundo. É daí que advém a possibilidade de ação. Conhecendo os mecanismos do mundo, percebemos porque as intencionalidades estranhas [grifo meu] vêm instalar-se em um dado lugar, e nos armamos para sugerir o que fazer no interesse social (Santos, 1994a, p.116-117).

A Pandemia, cria um Glocal em que é explícita a desigualdade social no Brasil. A Pandemia que se iniciou nos bairros de alto nível socioeconômico dissemina-se rapidamente para a periferia dos grandes centros urbanos e com elevado número de óbitos. Não podemos esquecer que a maior parte da força de trabalho dos hospitais mora na periferia das cidades e, certamente, teríamos uma nova onda de infecção, com enorme impacto no afastamento de profissionais nos hospitais. Nenhum país estava preparado para enfrentar a Covid-19, que determina importantes impactos negativos na economia, na assistência médica e na saúde mental da sociedade como um todo.

O grande desafio do momento, social e clínico foi de reorganizar o atendimento, ampliar leitos de unidade de terapia intensiva, abastecer com equipamentos de proteção individual e ter profissionais capacitados. O fomento à pesquisa foi fundamental para entendermos melhor a doença, bem como, elaborar a vacina. Assim, os profissionais de saúde, sentiam o impacto de Cuidar-se e Enfrentar a Linha de Frente de um trabalho que chegava a exaustão, tentando seguir as recomendações e protocolos institucionais, tentando fortalecer a comunicação, manter a empatia, enquanto se atualiza de informações e descobertas sobre uma doença nova.

Ao mesmo tempo, era preciso cuidar da própria saúde. Nós, trabalhadoras da rede de saúde vimos que nem sempre foi possível manter o número limite de pacientes atendidos dentro do que a rede suporta, e outras vezes, a quantidade profissional da equipe mínima necessária também não era atingida. Foi necessário exceder os limites, e isso gerou reflexos na saúde destes trabalhadores.

O Projeto “Cuidando dos Cuidadores”

O Centro de Convivência e Cultura como dispositivo público compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental que oferecer às pessoas com sofrimento mental espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Acredita-se que esta proposta para o município permite que o usuário com transtorno mental tenha um espaço de convivência e interação com outros grupos sociais.

A arte dentro do Centro de Convivência é uma ferramenta para o sujeito se expressar, elaborar, pensar seu lugar no mundo e ter contato com seu potencial criativo e, a partir disso, as coisas ganham dimensões próprias. Quando alguém se depara com seu potencial criativo é maravilhoso, porque essa qualidade é igualitária. O Centro de Convivência através de suas oficinas, ao longo dos últimos 15 anos, têm ajudado pessoas a recuperar a autoestima, criar laços e recuperar seu espaço na sociedade.

A condição de sofrimento psíquico grave provoca, muitas vezes, a imobilidade ou o aprisionamento da pessoa, restringindo sua inserção no mundo. Segundo Tykanori (2001), quando uma pessoa recebe o atributo de doente mental enuncia-se simultaneamente a sua negatividade, invalidando ou anulando seu valor pressuposto e seu poder de contratualidade.

As ações da Rede de Atendimento Psicossocial envolvem a necessidade de aplicação de diversos recursos como medicamentos, consultas médicas, psicoterapias, atendimentos individuais e/ou em grupos, consultas e/ou procedimentos de enfermagem, orientações do Serviço Social, assistência farmacêutica, etc. Entretanto, tais recursos não são suficientes. É preciso buscar também, para além de projetos terapêuticos, projetos de vida, e aí se insere o Centro de Convivência e Cultura, que a partir da Reforma Psiquiátrica

se constituiu como o lugar por excelência de inserção social e cultural. Sua implantação sustenta-se em algumas publicações como “Atenção em Saúde Mental” da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e “Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudanças no modelo de atenção, Relatório de Gestão 2003 - 2006” do Ministério da Saúde, preconizando a necessidade de ampliar a atenção à Saúde Mental por meio de dispositivos fora do âmbito exclusivo da saúde. Destacam-se a inclusão social pelo trabalho, por meio de projetos de economia solidária e atividades relacionadas à arte e cultura como importantes estratégias de valorização à singularidade do sujeito.

O desenvolvimento de ações Intersetoriais efetivas entre Saúde Mental e diversas outras áreas (educação, cultura, artes, esportes, lazer, desenvolvimento social, etc.) é a diretriz norteadora das atividades do Centro de Convivência, sendo um espaço em que as políticas públicas de Saúde Mental e a Cultura se realizam de forma mais efetiva. Este dispositivo tem-se mostrado altamente potente e efetivo na inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico, como um espaço dinâmico de (re)criação, troca de experiências e saberes, contrapondo-se a práticas destituídas de significado e vitalidade, ampliando o poder contratual dos usuários.

A diversidade de oficinas no Centro de Convivência e Cultura constitui um eixo básico de atividades, porém não se configura como único recurso utilizado. É preciso estar constantemente atento para o que acontece tanto dentro, como fora dele, buscando o trânsito, a circulação, possibilitando aos usuários estarem noutros espaços de cultura, lazer e também permitindo que outras pessoas que não façam parte do corpo técnico estejam nos espaços da Saúde Mental.

A equipe do Centro de Convivência e Cultura inova as atividades em andamento, (re)inventando modos de inserção social da clientela atendida, que embora, apresente quadro clínico estabilizado, permanece excluída de oportunidades de convivência social e cultural. Em funcionamento desde março de 2008, o Centro de Convivência e Cultura de Uberlândia estabeleceu parcerias com instituições de diferentes setores, que disponibilizam espaços físicos adequados para o funcionamento das oficinas e também contribuem com o fornecimento de materiais necessários à realização das atividades. Na Pandemia, esta

equipe foi Convocada a uma nova ação: O Cuidado dos Profissionais de Linha de Frente.

E agora José? A festa acabou, a luz apagou e o povo está aqui. com a chave na mão. Quer abrir a porta, não existe porta você marcha, José! José, para onde?²⁰

A partir de então, começamos a vislumbrar saídas possíveis aos desvãos da desordem. Em algum lugar das inúmeras conversas que tentavam elaborar tal questão, Maria Aparecida Gonçalves Gomes, Assessora Técnica em Saúde dos CAPS e Programas, nomeou o projeto de “Cuidando dos Cuidadores”, enquanto o movimento nos destinava para os lugares imprevisos do cotidiano, da vida urbana em meio a Pandemia. Já não era possível ao Centro de Convivência estar em grupo, o fazer coletivo nos moldes que conhecíamos, pois a Covid-19 exigiu o distanciamento social. Como fazer a potência do social acontecer sem estar em grupo? Fortalecendo os grupos que precisavam se manter unidos e fortes: o grupo de trabalhadores da saúde.

Descobrimos em Fábio Herrmann (2001b) a ideia da Clínica Extensa, e dela compartilhamos no sentido não apenas enquanto possível saída da nossa clínica padrão, mas na extensão do método psicanalítico para o mundo e para a produção de sentidos humanos.

Na direção acima apontada, no olho do furacão desta crise, re-visitamos nosso questionamento presentificado. Como poderia ser reconstruído um espaço particular e subjetivo em uma sociedade dilacerada pela Pandemia? Não deveria ser um espaço coletivo em outros moldes?

Então fez emergir uma nova forma de ação e de atuação pois é visto em todo o país o crescimento de uma rede de cuidados diante ao avanço e efeitos trazidos pelo extremo cansaço da rotina de trabalho do colaborador. Podemos afirmar que este projeto criou novos sentidos, visto que as respostas surgiram das redes que saem de seu metiê original em prol da defesa da existência e da Saúde Mental de cada indivíduo.

A arte e a cultura têm uma dimensão de produção de conhecimento intelectual e desenvolvimento da subjetividade formando nossos sentidos e nossa consciência. Numa perspectiva emancipadora, permite que percebamos a realidade de forma sensível e, portanto, que tenhamos um olhar profundo sobre a mesma, percebendo-a não apenas para representá-la, mas para refletir sobre o momento crítico em que estamos e intervir de forma

²⁰ Trecho do Poema “E Agora José”, de Carlos Drummond de Andrade.

criativa para escutar e fortalecer o indivíduo.

Nesse movimento, compreendemos que este espaço se configura como uma nova construção para além da clínica subjetiva do transtorno mental e se propõe a experimentar e reinventar espaços onde possa existir o cuidado com o trabalhador, criando estratégias, intervenções e articulação desta rede. Objetivando a cuidar, intervir e escutar o trabalhador de forma acolhedora e eficaz.

Um Chamamento da Arte e Cultura com o cuidado aos profissionais da Saúde

Estávamos habitando um não-lugar, no sentido de que os nossos corpos ainda não ocupavam aquele espaço, ainda não éramos também o espaço que poderíamos ocupar, ainda não sabíamos se caberíamos lá, ou se lá nos caberia. Após esse olhar-visita começamos a questionar se haveria outras possíveis interações em meio a todo aquele espaço. Compreendemos que esse era tempo sensível para se indagar o lugar, movimentá-lo de alguma forma, pois havíamos chegado ao local do Cuidado, do Cansaço, da Pandemia. Nos deparamos com o novo, produzindo rupturas na rotina dos Profissionais de Linha de Frente, que sofriam do sentimento habitado, também, por nós.

Ao adentrar neste novo mundo, com todo seu contexto social e político, escutávamos cada profissional expressar-se sobre seus medos e desejos de estar neste novo lugar: ora eles se reconheciam, ora se distanciavam.

A ação artístico cultural foi uma perspectiva de cuidado e acolhimento aos profissionais de linha de frente de enfrentamento à covid-19. Esta ação “extraordinária” foi uma nova forma de atuação. Podemos afirmar que o trabalho criou novos sentidos, pois a pandemia evidenciou que as respostas virão das redes que saem de seu metiê original em prol da defesa da existência e da Saúde Mental de cada indivíduo.

A arte e a cultura têm uma dimensão de produção de conhecimento intelectual e desenvolvimento da subjetividade formando nossos sentidos e nossa consciência. Numa perspectiva emancipadora, permite que percebamos a realidade de forma sensível e, portanto, que tenhamos um olhar profundo sobre a mesma, percebendo-a não apenas para

representá-la, mas para refletir sobre o momento crítico em que estamos e intervir de forma criativa para escutar e fortalecer as equipes de enfrentamento à Covid-19.

Esse enfrentamento permitiu organizar muitas formas de solidariedade de classe, trouxe criatividade para superar o medo, mostrou a arte e a cultura como esse lugar necessário de respiro e de encontro e que precisa ser valorizado e colocado como dimensão estratégica nessa reconstrução. Em um processo de criação, pensando no seu movimento entre ideias, práticas e lugares, é que se desenvolvem novas hipóteses para criação de dispositivos que nos ajudam a transformar tensões existentes em práticas criativas e científicas.

De acordo com Eco (1997, p. 168), “a possibilidade de uma comunicação tanto mais rica quanto mais aberta está no delicado equilíbrio entre um mínimo de ordem admissível e um máximo de desordem”. E neste movimento nossa clínica ganhou traçados diferentes, pois ao entrar no “lugar de combate” interfere ao mesmo tempo em que é tocada, configurando-se, assim, uma nova forma de olhar para si e para o mundo. Cada vez que a sociedade passa por um processo de mudança, as relações sociais e políticas também mudam, em ritmos e intensidades variados. A mesma coisa acontece no espaço do cuidado que se transforma para se adaptar às novas necessidades da sociedade.

A Palavra **CURA** era latente, apesar de distante “...
Enquanto isso, não nos
Custa insistir
Na questão do desejo, Não deixar se extinguir
Desafiando de vez a noção Na qual se crê que o inferno É aqui
Existirá
E toda raça, então, Experimentará
Para todo mal, **A CURA**²¹.

A ideia de cura em psicanálise pressupõe uma resolução da dor psíquica do sujeito. Mas, será possível uma solução completa para todas as dores psíquicas? A psicanálise não tem como objetivo a remoção de alguma coisa, o sintoma. Nosso objetivo é ressignificar o que for possível, adaptar-se ao novo momento sem abrir mão do necessário para que a integridade do sujeito se mantenha, enquanto a criatividade ensaia um modo de existir que faça sentido e encontre potência para se expandir.

Ao pensar a cura psicanalítica, Fábio Herrmann, Psicanalista, interlocutor da Teoria

²¹ A CURA, música de Lulu Santos, avidamente cantada em nossas intervenções.

dos Campos, nos lembra que:

Poder encaminhar o desejo de formas possíveis de satisfação transforma a política de cura numa arte dos possíveis em que as novas representações de identidade e realidade só podem surgir se o indivíduo em consonância com as formas possíveis para o desejo (Herrmann, 2007 p. 168).

Assim, passo-a-passo íamos construindo e desconstruindo estes lugares, reconhecendo esta nova forma de trabalho com a intenção de romper com o sentimento de familiaridade homogeneizante a procura de encontrar algum lugar onde pudéssemos ocupar.

Esclarecendo isto, seguimos a nossa proposta. Esta foi composta por momentos artísticos culturais ministrados nas unidades de saúde que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Uberlândia, Estado de Minas Gerais. Tendo como foco o cuidado aos Profissionais de Linha de Frente, que atuavam no combate ao Covid-19, e que estavam inseridos entre os grupos mais vulneráveis às consequências emocionais e psicológicas da pandemia. Eles encaravam m rotinas exaustivas, onde o foco era dar tudo de si para cuidar dos pacientes infectados. Neste cenário, o amparo à saúde mental da linha de frente cabe também à coletividade, responsável por se informar, validar e respeitar quem cuida.

Objetivando levar a arte e cultura como espaço de acolhimento; proporcionar um momento de sensibilização; impulsionar o pensamento de reconstrução e fortalecer todos os profissionais que atuaram na linha de frente, a equipe do Centro de Convivência e Cultura de Saúde Mental estruturou uma intervenção artística-musical com escrita e escuta.

Entende-se por intervenção artística a ação sobre algo, que acarreta reações diretas e indiretas; o ato de se envolver em uma situação, para evitar ou incentivar que algo aconteça; a alteração do estabelecido ou a interação. Os principais aspectos que caracterizam essa forma de arte são a relação entre a obra e o meio (as unidades de Saúde), a ação imediata sobre determinado tempo e lugar, o intuito de provocar reações e transformações no comportamento, concepções e percepções dos indivíduos, a interrupção do curso normal das coisas através da surpresa, do humor, da ironia, da crítica, do estranhamento.

A pergunta para fazer emergir sentimentos contidos era: Quais as sensações que a música ou poema lhe trazem?

A ação da leitura poética e música foram de fato um momento disruptivo no ritmo

frenético do cotidiano. De início, para um aquecimento, era representada a Poesia Samba da Utopia de Ceumar:

Se o mundo ficar pesado
Eu vou pedir emprestado
A palavra poesia
Se o mundo emburrecer
Eu vou rezar pra chover
A Palavra sabedoria
Se o mundo andar pra trás
Vou escrever num cartaz
A palavra rebeldia
Se a gente desanimar
Eu vou colher no pomar
A palavra teimosia
Se acontecer afinal
De entrar em nosso quintal
A palavra tirania
Pegue o tambor e o ganzá
Vamos pra rua gritar
A palavra utopia (Samba da Utopia, Jonathan Silva, 2018).

Após este aquecimento, Duas Cantoras entoavam as músicas: “*Caçador de Mim*” – de Milton Nascimento e “*De Volta Pro Aconchego*” de Elba Ramalho. Enquanto as músicas eram cantadas os Profissionais de Saúde escreviam a resposta à Pergunta supracitada.

Nosso Objeto de Cena, um chapéu, tipicamente usado por artistas para ofertamentos, mas com um ressignificante. Nele foram deixadas as sensações despertadas em cada profissional, proporcionando deste momento único, individual e coletivo o respirar em meio a lida diária.

Ali, dentro daquele chapéus, continha a premissa de que precisamos nos reinventar sob a perspectiva de novos valores e de uma nova cultura que tenha a solidariedade como um importante elemento cultural. Como, também, formas mais coletivas e saudáveis de existência e convivência social, de cuidado, pois somos seres interligados e por isso responsáveis pelo rumo que tomaremos enquanto humanidade.

Nesta dinâmica potente vimos Profissionais da linha de frente do SUS de Uberlândia, se reconhecendo e quebrando o silêncio assumindo suas fragilidades, expondo seus desejos e, o mais importante, reconhecendo a necessidade de auxílio imediato.

Ouvir de colegas na linha de frente sobre a falta de materiais, de pessoas, de condição psíquica e física para suportar a violência que foi lidar com a pandemia nos coloca

em movimento para pensar onde e como podemos atuar e criar linhas de fuga para que a pressão se extravie.

O primeiro caminho observado foi a importância do apoio prestado uns aos outros. Compartilhar com quem vive e sente coisas semelhantes criou ou fortaleceu vínculos sociais que foram abalados pelo adoecimento. É no coletivo que a força se expande e aumenta.

Tendo a arte como auxílio, o elemento surpresa, fez com que emergisse sensações e sentimentos anteriormente contidos durante a dura rotina. Ela tem a capacidade de se aprofundar na alma das pessoas, nos desejos, nos instintos, no que há de mais obscuro e dar luz, e isso é profundamente criativo. A arte gerou conexões profundas nos grupos de Profissionais de Linha de Frente na pandemia, pois era um momento de incertezas e inseguranças, e estes profissionais entraram em contato com as dimensões da sua própria história e do seu próprio sofrimento, sem ter construído estratégias para lidar com estas emoções individuais e coletivas.

De certa forma, a cultura e a conexão com a intervenção artística fez sentido para este grupo de trabalhadores. Além do impacto pessoal e social, A arte fortaleceu o convívio em coletivo pois aproximou e conectou das diferenças. Foi uma forma de ampliar a compreensão do Social e o sentimento desse momento para toda Equipe.

A intervenção na crise alicerça o acolhimento do sujeito e de suas emoções

Assim, trabalhadores encontraram um espaço protegido para relatar e dialogar sobre suas sensações além de receber suporte emocional, Entendemos que todas as pessoas possuem forças e habilidades para lidar com situações Extraordinárias No entanto, em contextos de crise, podem precisar de maior apoio psicossocial. Nesse contexto, as práticas de cuidado junto aos profissionais foi fundamental.

O Cuidando dos Cuidadores, ante à pandemia trouxe a necessidade de readequação de uma equipe em sua formatação, transmutando as práticas ofertadas e a lógica de trabalho estabelecidas. O que antes se desenvolvia como espaço para Transtornos Men-

tais, mudou seu público e precisou acontecer externo ao serviço de saúde enquanto Oficinas Itinerantes. Com isso, voltamo-nos para a identificação, mesmo entre núcleos específicos, das potencialidades existentes em nosso próprio campo de atuação, desvelando em equipe habilidades e competências práticas e multiprofissionais que pudessem contribuir com o fortalecimento dos trabalhadores de saúde neste período de crise.

A oferta do cuidado foi revelando resultados positivos na promoção do bem-estar individual e coletivo, favorecendo o melhor desempenho nas atividades cotidianas. Enfatizamos, dessa forma, a importância da atenção à saúde do trabalhador para a manutenção e qualificação do cuidado, tanto de quem cuida quanto daqueles que são cuidados. Tal atenção deve se manter não apenas em cenários adversos, ou no âmbito de emergências de saúde pública, mas como uma prática regular de promoção à saúde e prevenção do adoecimento, seja físico ou emocional.

Enfim é preciso criar dispositivos coletivos para acolhimento e troca no intuito de favorecer a elaboração das vivências emocionais e a construção de recursos individuais e coletivos para o enfrentamento de “Tempos extraordinários que exigem (de todos nós) ações extraordinárias”.

Vivemos esperando
Dias melhores
Dias de Paz
Dias a mais
Dias que não deixaremos para trás
Dias melhores para Sempre...²²

Figura 1 - Ação “Cuidando dos Cuidadores”, Uberlândia, Minas Gerais.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2021)

²² Música da Banda Jota Quest, cantada no final de cada Intervenção.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Aline Maria Schwartz de. **Oficinas itinerantes**: uma ideia, um obstáculo, um movimento constituinte de subjetividades. 2011. 171f. Orientadora: Maria Lúcia Castilho Romera. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Universidade Federal de Uberlândia- Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Uberlândia, MG, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/17125/1/Diss%20Aline.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília. Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário nacional sobre o direito à saúde mental** – regulamentação e aplicação da Lei n.º 10.216/2001. Brasília: Comissão de Direitos Humanos e Terceira Secretaria da Câmara dos Deputados / Ministério da Justiça / Ministério Público Federal / Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça / Organização Pan-Americana de Saúde(OPAS), 2001.

ECO, Umberto. **O pêndulo de Foucault**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1997.

HERRMANN, Fábio. **O divã a passeio**: à procura da psicanálise onde não parece estar. 1º ed. Belo Horizonte: Editora Casa do Psicólogo, 2001 - 1ª Edição

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

SCHWARTZ, Aline; NASCIMENTO, Christiane; NOCAM, Fernanda; JÚNIOR, José Alberto. “Coisa de Doido”: as possibilidades de uma clínica ampliada. In: AMARANTE, Paulo; NOCAM, Fernanda. (Orgs.) **Saúde mental e arte**: praticas, saberes e debates. São Paulo: Zagadoni, 2012.

SES-MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza (Org.). Belo Horizonte, 2006. 238 p.

WANDERLEY, Lula. **No silêncio que as palavras guardam**: o sofrimento psíquico, o objeto relacional de Lygia Clarck e as paixões do corpo. 1ª ed. Rio de Janeiro: Travessa, 2021.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ASSISTENTES SOCIAIS E A NOTIFICAÇÃO DAS VIOLÊNCIAS NO BRASIL: UM ESTUDO DE REVISÃO

Ailton de Souza Aragão

Doutorado em Ciências (EERP-USP). Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, na Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT-UFU). Docente Associado I, na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva (UFTM, ICS-DeSCo). Uberaba/MG, Brasil. E-mail: ailton.aragao@uftm.edu.br.

Elcilene Márcia da Silva Otoni

Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, na Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT-UFU), pelo Instituto de Geografia/UFU. Atualmente atua como Assistente Social na Secretaria de Saúde no Município de Uberlândia/MG. E-mail: elcilene.marcia@yahoo.com.br.

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.9

Resumo

Trata-se de estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL) acerca do processo de notificação de fatos de violência por profissionais que atuam em serviço de saúde. O estudo objetivou compreender o processo de notificação compulsória das violências no processo de trabalhos dos profissionais do Serviço Social que atuam no SUS, e assim identificar os obstáculos que levam a subnotificação. Os critérios de inclusão, segundo a base de dados LILACS, textos completos publicados entre 2015 e 2019, idiomas português e inglês; a amostra final da revisão foi constituída de 6 artigos. A subnotificação da violência segue como o maior desafio; impossibilita a tomada de medidas para a prevenção e combate do agravo. Demonstrou-se que, dentre os obstáculos à notificação compulsória, tanto o tema da violência quanto a sua notificação deve integrar a formação dos profissionais do Serviço Social e de outras áreas aliada à formação continuada como estratégia pública.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Notificação. Violência. Saúde Pública. Assistentes Sociais.

Abstract

This is an Integrative Literature Review (RIL) study about the process of reporting facts of violence by professionals working in the health service. The study aimed to understand the process of compulsory notification of violence in the work process of Social Service professionals working in the SUS, and thus to identify the obstacles that lead to underreporting. Inclusion criteria, according to the LILACS database, full texts published between 2015 and 2019, in Portuguese and English; the final review sample consisted of 6 articles. Underreporting of violence remains the biggest challenge; makes it impossible to take measures to prevent and combat the disease. It was shown that, among the obstacles to compulsory notification, both the issue of violence and its notification must be part of the training of professionals in Social Work and other areas, allied to continuing education as a public strategy.

Keywords: Health Unic System. Notification. Violence. Public health. Social Worker.

INTRODUÇÃO

Este estudo é parte de uma atividade formal e obrigatória para obtenção do Título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT) no Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) conforme Resolução nº 03/2016 do Colegiado do PPGAT. A pesquisa está relacionada a Saúde do Trabalhador, e propõe uma discussão mais abrangente sobre o tema - Notificação das violências na perspectiva das/dos assistentes sociais que atuam no setor saúde em cidade mineira.

Dentre os profissionais que enfrentam a violência em sua cotidianidade nos serviços de saúde estão as/os Assistentes Sociais e uma das estratégias para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública é a notificação. Mas, a subnotificação ou mesmo a não notificação por vezes passa ao largo dos processos de trabalho dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (Garbin *et al.*, 2015). A/o Assistente Social é um dos profissionais que pode notificar a violência, contudo vale ressaltar que a realização desta notificação não é uma atribuição privativa desta categoria.

A notificação da violência é um instrumento de garantia de direitos e deve ser realizada nos serviços públicos e privados de saúde e outros órgãos competentes. Nesse âmbito, nos casos de suspeita ou confirmação da violência, a ficha de notificação precisa ser preenchida e enviada para a Vigilância Epidemiológica, para traçar a dimensão do problema e subsidiar ações para seu enfrentamento (Brasil, 2014; 2017).

A notificação da violência interpessoal e autoprovocada é definida pelo Ministério da Saúde em 2006 e, a partir de 2011, essa notificação torna-se compulsória para toda a rede de saúde. Em 2014, a Portaria GM/MS nº 1.271 outorgou que todos os casos de tentativa de suicídio e os casos de violência sexual precisam ser notificados ao município imediatamente, em até 24 (vinte e quatro) horas após o atendimento pelo serviço de saúde, para que assim seja possível a garantia de intervenção e ações de cuidado profilático e de responsabilização do/s autor/es, por meio de busca e apreensão e a posterior abertura de inquérito policial (Brasil, 2014).

Em 2016, a Portaria n.º 204, de 17 de fevereiro, amplia a Lista Nacional de Notificação Compulsória nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e define a violência como um agravo:

[...] à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada (Brasil, 2016, art. 2º, inciso I).

Ao nível da gestão municipal, as Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pela digitação, análise e consolidação dos dados coletados nas fichas de notificação, bem como pela divulgação das informações consolidadas (BRASIL, 2016).

As vítimas fatais ou de múltiplas formas de violência desenvolvem sequelas físicas e/ou psicológicas; impactam o orçamento da Seguridade Social, gerando um alto custo econômico ao país, como gastos previdenciários e de reabilitação em saúde; auxílio doença ou afastamento do trabalho e outros verifica-se o alto impacto ao orçamento do SUS, nos vários níveis de complexidade dos serviços assistenciais. Nesse âmbito, o Ministério da Saúde (MS), institui a Portaria MS/GM n.º 737 de 16 de maio de 2001, denominada Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e estabelece diretrizes para promoção da saúde e prevenção do agravo (Brasil, 2017; Minayo; Assis, 2017).

Outra estratégia do MS ao enfrentamento da violência foi a implantação do sistema de Vigilância de Violências (VIVA), em 2006, que é constituído por dois sistemas: o Viva Inquérito, que trabalha com a Ficha de Notificação de Violências e acidentes em Unidades de Urgências e Emergências a partir de amostragem coletadas durante 30 dias consecutivos nos municípios selecionados, a cada três anos. O outro sistema é o Viva/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN), que difere do Viva Inquérito por ser constituído de notificação contínua e compulsória na Atenção Básica da Saúde e demais espaços assistenciais públicos (Brasil, 2017).

Em 2006, também foi aprovada a Política Nacional de Promoção à Saúde que constitui ações de prioridade no qual um dos eixos é a prevenção de situações de violência e o incentivo à cultura da paz, tendo também como objetivo, diminuir a vulnerabilidade e riscos à saúde, a partir de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde física, mental, social e ambiental dos cidadãos (Brasil, 2011).

Segundo a Portaria n.º 936, de 19 de maio de 2004, a violência deve ser incluída na agenda das políticas públicas de saúde. Uma das formas desta inclusão reside nas ações de capacitação continuada aos profissionais e, ainda, na necessidade de articulação das políticas de saúde com a rede intra e intersetorial, a fim de que o profissional tome as melhores decisões para o cuidado integral às vítimas, familiares e o capacite para atuar na prevenção, em seus vários níveis, diante dos impactos sociais da violência para a sociedade (Brasil, 2004; Garbin *et al.*, 2015).

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de Revisão Integrativa de Literatura, que possibilita identificar a carência do conhecimento em relação aos temas ou áreas em estudo, por promover o levantamento das publicações científicas já existentes e apresentar a insuficiência delas, diante da falta da discussão e reflexão em novas pesquisas (Polit; Beck, 2006). A Revisão adotou as seis fases constituintes do método: a elaboração da questão norteadora; verificação e amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (Souza *et al.*, 2010).

A primeira fase da elaboração da Revisão Integrativa foi a construção da questão norteadora a partir da estratégia de pesquisa PICo. Esta metodologia está voltada para pesquisa não clínica, qualitativa, com foco nas experiências humanas e nos fenômenos sociais (Stern; Jordan; McArthur, 2014).

Os participantes da pesquisa se referem aos assistentes (P); o fenômeno de interesse é a subnotificação da violência (I); o contexto são as unidades de saúde (Co). Assim, a partir do tema do estudo, elaborou a seguinte questão norteadora: Quais são os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde que os impedem de notificar a violência?

Para a estratégia de pesquisa adotou-se os operadores booleanos AND e OR com os indexadores [(profissionais de saúde) OR (assistente sociais) AND [(subnotificação) OR (notificação) OR (violência)] OR (desafios) AND [(unidade de saúde) OR (serviço de saúde)], e teve como objetivo compreender o processo de notificação das violências pelos profissionais do Serviço Social que atuam no SUS de um município de Minas Gerais, bem

como identificar os principais desafios que influem na subnotificação ou na falta de notificação aliada às possibilidades de atuação frente à temática.

Na segunda fase, instituíram-se os critérios de inclusão dos artigos para seleção da amostra e a definição das informações a serem extraídas dos estudos elegidos, artigos publicados em português e em inglês no período compreendido entre 2015 a 2019, que possuísem texto completo disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) conforme a base de dado selecionada: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Assim foi definido os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português: Notificação, Violência; Subnotificação; Desafios e; Unidade de Saúde. E em inglês: *Notification; Violence; Challenges e; Health*.

Na terceira fase, foram definidas as informações a serem retiradas dos artigos selecionados. Para tanto, foram critérios de exclusão: artigos repetidos, artigos que não estavam diretamente relacionados com a temática dos descritores e; artigos não pertinentes com a pergunta norteadora.

Na quarta fase da Revisão foram realizadas a categorização dos resultados dos estudos selecionados com apontamento de seus objetivos, metodologias e considerações finais, resumidos e exibidos no Quadro 1.

A quinta fase contempla as discussões dos resultados e análise crítica dos artigos eleitos ao referencial teórico, a qual permite identificar a insuficiência de estudos correlacionados aos descritores e a necessidade de aprofundamento e discussão da temática da pesquisa (Ganong, 1987; Souza, *et al.*, 2010).

A sexta, e última fase, constitui na apresentação da Revisão Integrativa realizada conforme os quadros dos resultados e discussões relacionados às temáticas principais, e da notificação da violência no processo de trabalho dos profissionais da saúde (Ganong, 1987).

RESULTADOS

Aplicado o processo descrito, obtivemos 33 artigos publicados. Realizada a leitura

crítica dos mesmos, foram excluídos os artigos repetidos e os que não estavam relacionados com a temática dos descritores associados e os que não respondiam à questão norteadora. Resultando na exclusão de 27 artigos. A amostra final contou com 6 artigos, o Quadro 1 e a Tabela 2 apresentam, respectivamente, uma síntese geral das publicações que compõem o estudo.

Quadro 1 - Categorização dos artigos incluídos na Revisão, segundo a base de dados LILACS, pela ordem do ano de publicação de 2015 a 2019.

Ano - Autor/es	Título da publicação	Objetivo do estudo	Método utilizado	Conclusões
2015 – SOUSA, OLIVEIRA, BEZERRA, LEITE, MACIEL.	1. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil.	Analisar as produções científicas acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes notificadas por profissionais de saúde.	Revisão de literatura realizada a partir de artigos, legislações, manuais do Ministério da Saúde, teses, dissertações e livros.	O texto aborda a reflexão dos profissionais sobre sua prática, buscando e o enfrentamento da violência de forma a prevenir que o ciclo se reproduza na família.
2015 – SOUSA, BENTO, OSIS, RIBEIRO, FAUNDES.	2. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual.	Avaliar os serviços de saúde que preenchem a notificação compulsória e identificar as principais dificuldades em realizar a notificação.	Estudo com abordagem mista quantitativa e qualitativa.	O texto expõe as dificuldades dos profissionais quanto ao preenchimento da ficha de notificação devido à sobrecarga de trabalho e a falta de compreensão do ato de notificar a violência.
2015 – LIMA, DESLANDES.	3. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual, e/outras violências em uma metrópole do Brasil.	Estudo exploratório sobre o processo de implantação da ficha de notificação da violência contra crianças e adolescentes.	Pesquisa de natureza qualitativa que utilizou as técnicas de entrevista e grupo focal com coordenações de áreas de planejamento.	Os desafios enfrentados pela gestão em saúde para incorporar a violência na agenda da política pública de saúde.
2015 – GARBIN, DIAS, ROVIDA, GARBIN.	4. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento.	O texto tem como objetivo instruir os profissionais quanto a notificação da violência ser compulsória.	Estudo exploratório por meio de análise documental.	A conclusão do artigo aponta para a impraticabilidade da notificação da violência em decorrência da debilidade dos sistemas de saúde, e falta de segurança ao profissional para realizar a notificação da violência.
2019 – OLIVEIRA	5. O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus (AM).	O texto tem como objetivo analisar o processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes, notificadas por profissionais da Estratégia, Saúde da Família (ESF).	Estudo descritivo com análise das fichas de notificação registradas no período proposto pela pesquisa.	O artigo espera contribuir para ampliar as notificações dos casos de violência.

Ano - Autor/es	Título da publicação	Objetivo do estudo	Método utilizado	Conclusões
2019 – SILVA, LUNARDI, MEUCCI, ALGERI, SILVA, FRANCISCATTO.	6. (In) visibilidade das notificações de violência contra crianças e adolescentes registradas em um município do sul do Brasil.	O objetivo do artigo é apresentar a percepção dos profissionais de saúde, educação e serviço social, sobre as notificações de violência.	Trata de pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa.	A subnotificação da violência na saúde é uma prática usual na rotina dos profissionais a falta do registro, contribui para invisibilidade do problema.

Fonte: Elaboração dos pesquisadores (2021).

Em relação à frequência por ano, nota-se um maior número de publicações no ano de 2015, correspondendo a 66,6 % seguido pelo ano de 2019, com 33,3 %; verificou-se um hiato entre os anos de 2016 e 2018, ou seja, não havendo publicações sobre o tema da pesquisa.

DISCUSSÃO

A notificação da violência é compulsória nos casos da suspeita ou do acontecimento do agravo e sua comunicação é realizada à autoridade sanitária da saúde, a fim de estabelecer ações de prevenção e intervenção junto as vítimas do fenômeno. Observa-se a importância de todos os profissionais da saúde conhecerem as multifaces da violência e, assim, contribuir por meio da reflexão e pensamento crítico sobre a temática superando os desafios da subnotificação.

Silva *et al.* (2019) em seu estudo realizado no sul do Brasil, acerca das notificações da violência contra crianças e adolescentes, demonstraram que os participantes – profissionais de saúde, educação e serviço social –, reconhecem a subnotificação da violência como um problema de grande impacto nos âmbitos social, político e econômico, com sérios comprometimentos para todos os envolvidos. Notificar implica romper o tabu do silêncio, tornar visível a problemática e revelar os fatores de vulnerabilidade, de gênero, etnia e do próprio lugar social que os indivíduos e a família ocupam na sociedade. Revela também a precariedade das relações de trabalho, que coloca como responsabilidade do profissional de saúde a notificação, não obstante a ineficácia dos mecanismos legais de proteção ao profissional que preenche a ficha e faz o relato do caso.

Os profissionais de saúde também enfrentam no processo de trabalho dificuldades relacionadas a sentimentos de incerteza, medo de represália por parte dos agressores, falta de informação sobre a notificação, impotências e fragilidades que surgem perante ao fenômeno de violência. Constata-se que a decisão de notificar é influenciada pelas particularidades dos casos e estruturas dos serviços de saúde que, na sua maior parte, são deficientes na formação e qualificação dos profissionais em relação ao enfrentamento das situações de violência (Silva *et al.*, 2019).

O estudo de Lima e Deslandes (2015), realizado a partir de entrevista e grupo focal com gestores técnicos da área de planejamento em um município do estado do Rio de Janeiro, o processo de implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra crianças e adolescentes. Destaca-se a importância do tema violência ser inserido na agenda das políticas públicas de saúde como prioridade. Os autores relatam a falta de retorno dos dados e procedimentos adotados com as vítimas referenciadas nos demais serviços assistenciais. Este fato contribui para o descrédito das finalidades da notificação, e para a falta de dados reais para subsidiar, ações efetivas de cuidado às vítimas e aos profissionais. O estudo também abordou o pouco apoio institucional e, em alguns casos, apontou que a notificação fica centrada em um único profissional de saúde, o que gera uma sobrecarga no trabalho e incide na subnotificação das situações de violência (Lima; Deslandes, 2015).

Outros obstáculos referentes ao preenchimento da notificação compulsória da violência nos serviços de saúde estão relacionados ao processo de obter as informações da vítima da violência. Isso se deve à vulnerabilidade e fragilidade no momento do acolhimento e do próprio local de trabalho, falta de sala adequada, falta de conhecimento da existência de uma ficha de notificação, dificuldades relacionadas à extensão e os vários campos e variáveis na ficha. A demanda de tempo para o seu preenchimento gera uma sobrecarga no trabalho e suscita certas resistências dos profissionais em preencher as informações, resistência também, fruto da falta de compreensão da importância do processo, o que gera a desvalorização do registro e a subnotificação (Lima; Deslandes, 2015; Souza *et al.*, 2015).

A análise dos documentos legislativos e artigos científicos, que objetivam o comba-

te à violência e a proteção da vítima, subsidiaram a pesquisa dos autores que relatam que o preenchimento da ficha de notificação colabora para o dimensionamento epidemiológico do problema, sendo um instrumento que contribui para a implementação de políticas públicas de vigilância e assistência às vítimas. Mas, existem desafios na rede de serviços, nas regulamentações técnicas e nos mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar a violência (Garbin *et al.*, 2015).

Os profissionais da saúde também relataram, segundo Sousa *et al.* (2015) que sentem despreparados para atuar frente à temática, violência o que justifica a necessidade de capacitação e formação profissional, pois não está evidente para todos os profissionais a necessidade da notificação como instrumento de gestão para prover subsídios às políticas públicas. Entretanto, é fundamental que os mesmos reconheçam a relevância destas informações para o processo de trabalho no cotidiano do SUS, caso contrário, a ficha de notificação será vista como mais um formulário imposto à atuação profissional. Portanto, a falta de registro dos casos impossibilita o planejamento das ações e executar medidas de enfrentamento à violência (Sousa *et al.*, 2015).

Assim como nos estudos de Silva *et al.* (2015) e de Lima e Deslandes (2015), o fator medo de notificar os casos de violência e sofrer represálias do autor ou de sua família, também surge nas falas dos profissionais. Relatam, ainda, a ausência de procedimentos de proteção legal para aqueles que realizaram a notificação ou precisaram realiza-la.

Garbin *et al.* (2015) ampliam a discussão trazendo as debilidades estruturais do sistema, pois a notificação da violência se mostrava um fenômeno invisível na rotina de muitos profissionais de saúde. Para a eficácia do uso dos recursos e a prevenção à violência é necessário o reconhecimento do fenômeno como um tema interdisciplinar, onde a notificação é parte de uma estratégia eficiente e organizada da rede intersetorial com outros órgãos. E o poder público precisa efetivar políticas de proteção profissional, bem como às vítimas da violência. Porém, as políticas públicas se mostram frágeis ao enfrentamento dessa problemática.

Oliveira (2019), em seu estudo com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado do Amazonas, analisou o processo de notificação das violências contra

crianças e adolescentes e aponta alguns fatores que impactam na subnotificação, um deles é a sobrecarga de trabalho profissional mediante ao acúmulo de outras responsabilidades. Outro fator apontado é a violação do sigilo profissional ao realizar a notificação, com isso pode ocasionar uma ruptura no vínculo com a vítima; os profissionais apontam o cuidado com a vítima como algo mais importante que a notificação. Também foram citadas algumas experiências negativas em relação à exposição do profissional que realizou a notificação, tais como as dificuldades em realizar ações intersetoriais, trazendo frustrações diante do acompanhamento dos casos. Alguns profissionais informaram que desconheciam a existência de ficha de notificação e que nunca passaram por um treinamento para atuar frente à demanda violência.

A violência não se limita à agressão física, aquela de natureza psicológica diz respeito a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de humilhar, apavorar, restringir a liberdade e o convívio social da vítima, essa não resulta necessariamente em lesões ou morte, contudo oprime as vítimas, que muitas vezes são crianças, jovens, mulheres idosas ou doentes e sem condições para se protegerem, são vítimas de uma violência enraizada na estrutura cultural, econômico, comunitário e familiares da sociedade (Minayo, 2006, p. 82).

O estudo de Silva *et al.* (2019) aborda a necessidade de conhecer a percepção dos profissionais que atuam nas situações de violências, acerca dos registros e da notificação dos casos atendidos, trazendo a discussão das possibilidades de enfrentamento do problema. Destarte, o estudo evidencia que os desafios em realizar a notificação ultrapassam a qualificação e o suporte aos profissionais, os quais precisam estar seguros no processo, ter conhecimento dos resultados de sua ação, e conhecimento da dimensão e intensidade do problema e, assim, poderão desenvolver ações que não sejam individualizadas e fragmentadas.

O cenário demonstra, como analisado por Faleiros (2014), que o processo de trabalho dos profissionais é regido por valores como produtividade, na lógica capitalista, capturada pelas exigências burocráticas. No campo estrutural, são atravessados pela falta de recursos, mas que paradoxalmente, exigem tempo reduzido nos atendimentos. Aspecto

que reduz custos pela inclusão da utilização de tecnologia ao centralizar os dados e as informações nas mãos dos gestores. Desse modo, notam-se lógicas e condições de trabalho que implicam, dialeticamente, numa sobrecarga aos profissionais, mas que é invisibilizada na relação destes com os usuários dos serviços públicos.

A política pública, em sua Portaria nº 936/2004, traz alguns recursos para o combate à violência, com pouca aplicabilidade. Destes, o desenvolvimento de núcleos estaduais e municipais de prevenção do agravo e promoção da saúde de acordo com os dados epidemiológicos e prioridades sociais. Para tanto, a notificação é relevante para o conhecimento da real situação, desde o acolhimento até as providências finais (Brasil, 2004; Garbin *et al.*, 2015).

Outra estratégia para o enfrentamento à violência é identificação e o apoio de estudos, pesquisas e ações em instituições acadêmicas, na formação profissional, promoção de programas e ações para capacitar gestores e profissionais que lidam com a violência. Destarte, urge priorizar a participação da sociedade civil e das organizações não governamentais no planejamento e controle de ações de prevenção e combate à violência. Estratégias que devem compor com o desenvolvimento de tecnologias que possibilitem melhorar a notificação compulsória aliada à disponibilização das informações à população em geral, trabalhadores do SUS e usuários do sistema (Brasil, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência, como um fenômeno de difícil apreensão, evidencia conflitos nas relações sociais, interpessoais e consigo mesmo. Seus danos são morais, psicológicos, físicos e podem produzir a morte. A polissemia do conceito evidencia, ainda, no contexto neoliberal, as desigualdades sociais, o desemprego e as fragilidades das políticas públicas para efetivar e garantir os direitos constitucionais. A violência revela seu intenso e contínuo impacto nos sistemas de saúde e sobre os trabalhadores/as do SUS, destes, as/os Assistentes Sociais.

Embora a notificação seja compulsória, a subnotificação segue desafiando os que realizam a notificação. Dentre as lacunas identificadas está na formação inicial dos profis-

sionais da saúde, cuja matrizes curriculares não contemplam o tema da violência; a ausência de iniciativas públicas para formação continuada dos profissionais que atuam nas unidades de saúde pois não sentem seguros e protegidos para identificarem a violência, preencherem a ficha de notificação e encaminharem aos órgãos responsáveis.

O estudo demonstrou a urgência da formação acadêmica e a formação continuada em serviço na qual a violência se apresenta como tema de estudo e atuação profissional. Haja vista reconhecermos que por se configurar como um fenômeno social está intrínseco ao processo de trabalho dos profissionais de saúde. Assim, tanto a notificação compulsória quanto a subnotificação impactarão direta e indiretamente na vida dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 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. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 936**, de 18 de Maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde em Estados e Municípios. Publicada no Diário Oficial da União - Seção 1, 20/05/2004. Brasília/DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde; Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 3 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 104**, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 10 maio 2020.

CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2020.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. In: KRUG, E. G. *et al.* (ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. p. 3-22. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 5 set. 2021.

FALEIROS, V. de P. O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios. **Serv. Soc.**, São Paulo, n. 120, p. 706-722, out./dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n120/07.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health.**, v. 10, n. 1, p. 1-11. Mar. 1987. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3644366/>. Acesso em: 16 maio 2022.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DcWLn67LwTjBwvnKz87BwZx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 2, p. 661-673, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4062/406263641023.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G de. **Novas e velhas faces da violência no Século XXI: Visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2017.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde. 132 p.

OLIVEIRA, N. F. **O processo de notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais da Estratégia Saúde da Família em Manaus – AM**. 2019. 146 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-998561>. Acesso em: 20 abr. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T. (Ed.). **Essentials of nursing research**. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. p. 457-494.

SILVA, P. A. *et al.* Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil. **Avances em enfermería**, v. 33, n. 1, p. 142-150, jan./jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000100016. Acesso em: 14 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.40585>.

SILVA, P. A. *et al.* (In)visibilidade das notificações de violência contra crianças e adolescentes registradas em um município do sul do Brasil. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 37, n. 2, e11, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-31487448>. Acesso em: 10 mar. 2020.

SOUSA, M. H. *et al.* Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. bras. Epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 94-107, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/hCDXK4ScQP85rWymBwGzTWt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 mar. 2022.

STERN, C.; JORDAN, Z.; MCARTHUR, A. Developing the review question and inclusion criteria: The first steps in conducting a systematic review. **American Journal of Nursing**, v. 114, n. 4, p. 53 -56, abr. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24681476/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

SERVIÇO SOCIAL ATENÇÃO NAS URGÊNCIAS, EMERGÊNCIAS E REDE HOSPITALAR

Amanda Borba Ramos Silva

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia. Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia. Atualmente é Professora Substituta no Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, assim como Apoio Técnico no setor de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. E-mail: borba.manda@gmail.com.

Giselda Lourismar Pereira Correia

Graduação em Serviço Social pela Faculdade Católica de Uberlândia; Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Universidade Federal de Uberlândia. É servidora pública da Prefeitura Municipal de Uberlândia, estando lotada na Secretaria de Saúde. Atualmente, atua como Assistente Social no Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro. E-mail: giselda_sma@hotmail.com.

Marília Cisne Garcia

Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem em Itajubá / MG. Graduação em Fonoaudiologia pela Faculdade de Fonoaudiologia em Lorena, SP. Servidora municipal desde 1999. Atualmente ocupando cargo de Coordenação da Saúde da Mulher/SMS/Uberlândia. E-mail: mariliacisne@terra.com.br.

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.10

A Rede Cegonha, implantada desde 2011 no Sistema Único de Saúde (SUS), propõe um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na experiência da maternidade e do nascimento de modo seguro, humanizado e de qualidade (Brasil, 2013). O trabalho da Rede Cegonha consiste na oferta de assistência e cuidado desde o planejamento familiar até os dois primeiros anos de vida da criança, logo, contempla o momento da confirmação da gravidez, o pré-natal, o parto, o puerpério (vinte oito dias após o parto) e os primeiros vinte e quatro meses do desenvolvimento da criança (Brasil, 2011).

Com isso, a Rede Cegonha tem por objetivo organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil de modo a garantir acesso, acolhimento e resolutividade, visando ainda redução da mortalidade materna e infantil (Brasil, 2011). Pautando-se neste modelo de cuidado, será apresentado a seguir dados sobre a taxa de mortalidade infantil na cidade de Uberlândia, a rede de cuidado constituída no município, seguido por um relato de caso que visa ilustrar o manejo de casos graves durante o período de gestação, pré-natal e o momento do parto.

De acordo com a base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a mortalidade infantil no Brasil em 2020 era de 11,56 óbitos a cada mil nascidos, enquanto que no Estado de Minas Gerais era de 10,45 óbitos a cada mil nascidos em 2020 e,

especificamente no município de Uberlândia, era de 8,23 óbitos a cada mil nascidos vivos. Para além, como exposto no Plano Municipal de Saúde 2022-2025 de Uberlândia (PMS 2022-2025), a taxa de mortalidade infantil no município em 2018 era de 10,0 óbitos a cada mil nascidos, já em 2019 era de 9,9 óbitos a cada mil nascidos. Com isso, Uberlândia vem reduzindo progressivamente a taxa de mortalidade, assim como apresenta índices abaixo da média nacional e do Estado.

Entende-se que houve um avanço na assistência e serviços que compõe uma rede voltada para a atenção ao pré-natal, parto e puerpério, a redução da morbimortalidade materna e infantil, ainda que a manutenção da redução de taxa de mortalidade infantil mantenha-se como um desafio para o município. Conforme o PMS 2022-2025, a principal incidência de mortalidade infantil é a neonatal (óbito até 27 dias de vida) está relacionada ao acesso e a utilização dos serviços de saúde, a qualidade da assistência no pré-natal, no parto, no pós-natal e nos cuidados ao recém-nascido, logo, é imprescindível a existência de uma rede especializada a qual contemple todas estas etapas de cuidado.

Neste sentido, conforme consta no Plano Anual de Saúde de 2023, atualmente, a rede de atenção secundária à saúde possui quatro ambulatórios de pré-natal de alto risco e duas unidades de pronto atendimento em Ginecologia e Obstetrícia (que funcionam vinte e quatro horas por dia). O pronto atendimento Ginecológico e Obstétrico está inserido na rede de urgência e emergência, e tem como finalidade atender as gestantes de risco habitual, médio e alto risco, com intercorrências do período gestacional e puerperal.

A unidade de atendimento integrado localizada no bairro Martins, UAI Martins, é referência municipal para este tipo de atendimento. Ao procurar a unidade a gestante e seu acompanhante são atendidos, em um primeiro momento a gestante passará pela triagem, momento em que a equipe de enfermagem avalia a gravidade do caso e, a partir da classificação de risco, é dado prosseguimento ao atendimento. Após atendimento médico, caso haja estabilidade no quadro clínico, a gestante recebe alta. Entretanto, em caso de indicação médica, a gestante pode proceder para internação na rede hospitalar, sendo transferida para o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro (HMMDOLC) ou para o Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFU).

A partir disto, no intuito de demonstrar como são abordados, articulados e resolvidos no modelo de assistência em saúde municipal, será relatado um caso de gestação de alto risco, atendida no serviço de urgência e emergência, ou seja, na UAI Martins que teve de ser encaminhada ao Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro. Para preservar o anonimato da gestante, sem que haja perda no cuidado e humanização do caso, optou-se por utilizar um nome fictício, que aqui chamaremos de Marcela. Segue abaixo a descrição do caso a partir do ponto de vista de uma das Assistentes Sociais que acompanhou Marcela:

Marcela, 13 anos, chega ao Pronto Atendimento da UAI Martins com 34 semanas de gestação, acompanhada por Maria, sua vizinha, com quadro de crise hipertensiva grave. Após avaliação pela equipe de enfermagem e equipe médica, a adolescente foi encaminhada em caráter de urgência ao Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave.

A adolescente deu entrada no hospital, sem documentos pessoais e foi submetida a parto cesárea de urgência em função da gravidade do risco. Durante as horas seguintes em que Marcela esteve no Centro Obstétrico Maria ainda se mantinha como acompanhante. Ao ser questionada pela equipe médica e de enfermagem sobre o seu responsável legal, Marcela relatou residir com o pai e irmãos e que Maria, a qual chamava de “tia”, era quem a auxiliava.

Diante das poucas informações obtidas, a equipe médica solicitou parecer das equipes de Serviço Social e Psicologia, com o objetivo de identificar a rede de apoio e possível situação de violação de direitos. Ao longo do atendimento com a equipe psicossocial os profissionais observaram que embora Marcela demonstrasse vínculo com o recém-nascido, apresentava-se bastante abatida e entristecida. Na ocasião, reafirmou que residia com o pai e os irmãos, que sua mãe a abandonou quando pequena e que gostaria que Maria assumisse os cuidados em relação a ela e ao bebê após a alta hospitalar.

No atendimento, a Assistente Social e a Psicóloga questionam Maria sobre sua relação com Marcela, esta afirma que cuida de Marcela e seus irmãos de forma voluntária desde que eram pequenos, em função de seu pai fazer uso abusivo de álcool e outras

drogas e por não possuírem suporte de demais familiares na cidade, reafirma que possui condições e interesse de cuidar de Marcela e que deseja levá-la para sua casa no momento da alta hospitalar.

A assistente social orienta Maria que de acordo com o Código Penal e Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), em decorrência da idade de Marcela, a gestação é fruto de estupro de vulnerável, sendo necessário acionar os órgãos de proteção para acompanhamento e medidas cabíveis e que, diante do contexto de vulnerabilidade social, é necessário que seu responsável legal compareça ao hospital para receber orientações e ser acolhido pela equipe e ter ciência das medidas que serão tomadas pelo hospital.

Após isto, a equipe realizou diversas tentativas via telefone para acionar o pai de Marcela, porém em nenhuma das vezes obtiveram sucesso e, mesmo após buscas por parte da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBSF) de referência, não foi possível contactá-lo. A equipe da UBSF argumenta que o mesmo possui histórico de comportamentos violentos até mesmo com os profissionais de saúde e pela dificuldade em localizá-lo no domicílio, em decorrência do uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas.

A equipe multiprofissional do HMMDOLC, decide realizar um mini fórum para alinhar os encaminhamentos que se faziam necessários diante da gravidade do caso. O mini fórum visou promover o debate e a articulação do cuidado sobre o caso entre diferentes pontos da rede de assistência à mulher e à criança, nesta ocasião estiveram presentes a equipe médica, de enfermagem, de psicologia e do serviço social do HMMDOLC, assim como a assistente social do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS – Criança e Adolescente), a assistente social e a agente comunitária de saúde da UBSF do território de referência, a equipe da Rede de Atenção para Prevenção e Enfrentamento às Violências (RAPEV) da Secretária Municipal de Saúde e representantes do Conselho Tutelar.

Nesta discussão as equipes, em especial a UBSF, relataram as dificuldades de vinculação da família na unidade e, por sua vez, no processo de construção de um plano de cuidado. A equipe da UBSF trouxe que Marcela era um caso acompanhado pela unidade, que vivia em um contexto de vulnerabilidade social extrema e por vezes ficava responsável

pelo cuidado dos irmãos mais novos. Relataram ainda que a mesma não compareceu em diversas consultas no período de pré-natal, ainda que a equipe tenha realizado busca ativa com frequência. Não obstante, o pai de Marcela apresentava comportamento muito violento em casa e com a equipe da unidade.

Tal encontro possibilitou à equipe do hospital colher informações que afirmavam a percepção de negligência parental e definiram uma conduta para encaminhamento do caso para conhecimento da Vara da Infância e Juventude, em função do risco social evidenciado. Estabeleceram ainda que Marcela e o recém-nascido permaneceriam em internação social, até que o hospital obtivesse orientação da Vara da Infância e Juventude sobre os prosseguimentos do caso.

Marcela era constantemente acompanhada por Maria e após alguns dias de internação no hospital, o Juiz da Vara da Infância e Juventude decide ajuizar medida protetiva em seu favor e designa que seja realizada audiência especial para o dia seguinte, visando uma melhor elucidação dos fatos. Na audiência estiveram presentes Marcela, seu pai e Maria. Maria e seu pai forneceram depoimentos e houve concordância de todos que a partir daquela data a guarda da adolescente e de sua filha ficariam sob responsabilidade de Maria. Ao pai ficou autorizado realizar visitas e foi estipulado o pagamento de pensão a jovem. Ainda na audiência foi solicitado a instauração de inquérito para apuração da prática de estupro contra a jovem e devolutiva a todos os setores envolvidos acerca da decisão.

Por fim, o presente texto buscou apresentar a rede de atenção à saúde da mulher e a saúde da criança a partir de um complexo caso em que a usuária não apenas estava gestante, mas também se encontrava na faixa etária da pré-adolescência. Neste sentido, a complexidade é caracterizada pela variedade de atravessamentos sociais, familiares e econômicos os quais compõe o cuidado em saúde, assim como se pretendeu demonstrar a articulação entre diferentes equipes multiprofissionais e o manejo de seus atores perante a gravidade do quadro clínico da gestante e os marcadores da violência que enredam o caso em questão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a rede cegonha**. Brasília, DF: Editora MS/CGDI/SAA, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.459**, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 10 jun. 2023.

PMU. Prefeitura Municipal de Uberlândia. **Programação Anual de Saúde 2023**. nov. 2022. Uberlândia, MG: PMU, 2022. Disponível em: <https://docs.uberlandia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2023/01/Programa%C3%A7%C3%A3o-Anual-de-Sa%C3%BAde-2023.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. População. Uberlândia, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei n. 8.069**, de 13 de agosto de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Ministério da Justiça, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei n. 12.015**, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei n.º 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei n.º 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília: Ministério da Justiça, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Karina Kelly de Oliveira

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Triângulo. Especialização em Enfermagem em UTI. Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário São Camilo. Tutora do PlanificaSUS (QualificaSAUDI) em Uberlândia desde 2018, atuando em Unidades de Saúde laboratório na implantação de vários processos de organização da Rede de Atenção. Atualmente está como Coordenadora da Atenção Primária do município de Uberlândia desde de 2019. E-mail: karinakellyoliveira66@gmail.com.

Marcella Furtado de Souza Moreira Zebral

Bacharel e Licenciatura em Fisioterapia em 2000 pela FIP/UNICERP; Especialização na área de Gestão em Saúde Pública em 2007 pela UNICERP; Especialização em Políticas de Saúde Informadas por Evidências em 2020- ESPIE/ Hospital Sírio Libanês e Gestão em Saúde Mental - Instituto Passo Um. Cursando Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariais e Sociais (UCES). E servidora pública da Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) e atuou na Gestão da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência/reabilitação até 2020 e no momento atua como Supervisora na Atenção Primária à Saúde. Autora do Livro "Saúde Pública para concursos"- publicado em 2019. E-mail: amarcellafurtado@gmail.com.

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.11

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental para promover uma abordagem integrada e eficiente na gestão dos serviços de saúde em nosso país. Com a responsabilidade de articular diferentes níveis de atenção e garantir a qualidade do cuidado oferecido à população, essa diretoria desempenha um papel estratégico na construção de um sistema de saúde mais resiliente e centrado nas necessidades dos indivíduos (Mendes, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, é através do fortalecimento das redes de atenção à saúde, buscamos otimizar a organização dos serviços, de modo a proporcionar um fluxo contínuo e integrado de cuidados. Essa abordagem visa prevenir a fragmentação e a descontinuidade no atendimento, promovendo uma maior eficácia no tratamento de doenças e a promoção da saúde de forma mais abrangente.

A Rede trabalha em conjunto com os demais setores da saúde, estabelecendo parcerias e acordos de cooperação para a criação e fortalecimento das redes assistenciais. Seu objetivo é facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, bem como garantir a qualidade e a resolutividade dos cuidados oferecido, de acordo com a PNAB 2017.

Além disso, a RAS desempenha um papel fundamental na coordenação e no planejamento estratégico das ações de saúde. Por meio da integração entre os diversos pontos de atenção, como atenção básica, especializada e hospitalar, busca-se garantir a continuidade do cuidado e a articulação efetiva entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos.

Nesse contexto, a Rede também assume a responsabilidade de promover a educação permanente dos profissionais de saúde, estimulando a troca de conhecimentos e a atualização constante das práticas de cuidado. Dessa forma, busca-se garantir uma assistência de qualidade, baseada em evidências científicas e alinhada às melhores práticas.

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que buscam garantir a integralidade do cuidado através da integração de diferentes agentes e sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Essas redes têm como proposta lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção à saúde, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços públicos de saúde e promover a participação da sociedade civil organizada. (Ministério da Saúde, 2010. Portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde, existem várias redes temáticas de atenção à saúde, cada uma voltada para atender a condições específicas de saúde que funcionam de forma transversal. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos. Alguns exemplos são:

Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha): visa garantir o adequado atendimento ao planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto, nascimento, puerpério e primeira infância, com o objetivo de qualificar a assistência e enfrentar a mortalidade materna, infantil e fetal. Essa rede está vinculada ao programa federal Rede Cegonha e a outros programas estaduais.

Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE): tem como finalidade ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência. A rede está organizada em dois componentes: o pré-hospitalar (móvel e fixo) e o hospitalar.

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: voltada para o atendimento de pessoas com condições crônicas, sendo estruturada em serviços territorializados, como serviços assistenciais em oncologia e linha de cuidado de sobrepeso e obesidade.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: busca proporcionar atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, desde a atenção primária até a reabilitação, incluindo o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção quando necessário. Essa rede é regulamentada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e possui legislações específicas para habilitação de serviços de modalidade única.

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): voltada para acolher e acompanhar pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Essa rede foi criada pela Portaria GM/MS n.º 3.088/2011.

Cada rede possui suas próprias diretrizes e regulamentações, definidas por portarias e legislações específicas. Essas redes são organizadas em diferentes níveis de atenção à saúde, como a Atenção Primária, Secundária e Terciária, visando garantir a continuidade e integralidade da atenção.

As Redes de Atenção à Saúde têm como foco a população, buscando oferecer um serviço contínuo de cuidados que priorize a promoção da saúde. Elas são estruturadas de forma a responder às necessidades específicas de saúde da população, por meio de um ciclo completo de atendimentos.

A Portaria de Consolidação n. 3 de 28/09/2017 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento do sistema para garantir o conjunto de ações e serviços de que o usuário necessita, com efetividade e eficiência. Essa organização visa, portanto, a consolidar os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Quanto à organização da atenção à saúde, vale igualmente consultar a Portaria de Consolidação n. 5/2017.

A rede constitui-se de três elementos básicos:

A população – esse elemento é a própria razão de ser da rede. O sistema deve ser capaz de avaliar as necessidades de uma população específica sob sua responsabilidade e de prover seu cuidado no contexto de sua cultura. O processo de definição dessa população é complexo e envolve identificação dos fatores de risco específicos.

A estrutura operacional – é composta pela atenção primária, a atenção secundária e terciária (ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária), sistemas de apoio (assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência), sistemas logísticos (sistema eletrônico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde), sistemas de governança da rede.

O modelo de atenção à saúde – os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes. Nela a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção, porta de entrada preferencial do usuário no sistema, local de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde. Deve ser voltada para cuidado dos problemas mais comuns de saúde e centro de comunicação de todo sistema.

A APS abrange “a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde apresentadas pela população de um território”. Ela deve ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os pontos de atenção à saúde são espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde por meio de uma produção singular.

São atributos da rede de atenção à saúde, dentre outros:

- I. População e território definidos com conhecimento de suas necessidades e preferências;
- II. Extensa gama de estabelecimentos prestando serviços que vão desde a prevenção, promoção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
- III. Atenção Primária em Saúde – APS estruturado como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda população, integrando o cuidado;
- IV. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
- V. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial;

VI. Atenção a saúde centrada no indivíduo, na família e comunidade, tendo em conta particularidades culturais, gênero e diversidade da população;

VII. Sistema de governança único para toda a rede;

VIII. Participação social ampla;

IX. Sistema de informação integrado;

X. Financiamento tripartite, alinhado com as metas da rede;

XI. Gestão baseada em resultados.

Em resumo, as Redes de Atenção à Saúde são uma estratégia de organização do sistema de saúde que busca garantir a integralidade do cuidado por meio da integração de diferentes agentes e sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Elas são voltadas para atender a condições específicas de saúde e possuem diretrizes e regulamentações próprias. Essas redes têm como objetivo ampliar o acesso aos serviços de saúde e promover a participação da sociedade civil organizada, visando sempre a promoção da saúde da população. Também desempenha um papel estratégico na organização e na gestão dos serviços de saúde. Sua atuação visa promover a integração dos diferentes pontos de atenção, garantir a continuidade do cuidado e aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos à população. A busca por uma saúde mais eficiente, humanizada e acessível passa pela construção e pelo fortalecimento das redes de atenção à saúde em nosso país (Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017).

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria de Consolidação n.º 3**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 4.279/2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>. Acesso em: 15 jun. 2023.

PUPO, Guilherme Daniel; LEITE, Silvana Nair; DIEHL, Eliana Elisabeth; SOARES, Luciano; FARIAS, Marení Rocha; SANTOS, Rosana Isabel dos. **Rede de atenção à saúde**. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, 2020. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3250/1/Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2023.

SERVIÇO SOCIAL E VIGILÂNCIA DA MORTALIDADE MATERNO INFANTIL FETAL

Elaize Maria Gomes de Paula

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, com Habilitação em Licenciatura em Enfermagem – PUC – BH/MG (1986); Especialização Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: ENSP / FIOCRUZ (2004); Especialização – Saúde da Família – UFMG e Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT-UFU) (2023). Monitora de Imunização – Capacitação em Sala de Vacina, atuando em Vigilância Epidemiológica, Imunização, Atenção Primária, Qualidade da Gestão com Auditorias Certificadoras e Enfermagem Assistencial em Hospital Geral e Psiquiátrico. Atualmente é Coordenadora da Vigilância Epidemiológica do município de Uberlândia – MG. E-mail: elaize.paula@gmail.com.

Nara Gomes de Abreu Santos

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU); Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT-UFU). É servidora pública da Prefeitura Municipal de Uberlândia, atuando como Enfermeira na Vigilância Epidemiológica (VIGEP-UFU). É funcionária pública da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares atuando como Enfermeira no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (EBSERH-UFU) desde 2022. E-mail: nara.exe@hotmail.com.

Rejane da Silva Melo

Graduação em Medicina Veterinária pela FAMEV-UFU; Especialização em Biotecnologia e Qualidade e Segurança Alimentar pela Faculdade Pitágoras. Mestrado da Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde trabalhador pela UFU. É servidora pública da Prefeitura Municipal de Uberlândia, com atuação em Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica. E-mail: rejanevet@yahoo.com.br.

Wederson Barreto Santana

Graduação em Pedagogia pela UFU. Graduação em Direito pela UNIUBE; Especialização em Gestão de Recursos Humanos e Meio Ambiente pela Universidade Cândido Mendes; Mestrado em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente pela UFU. Servidor público da Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU). É responsável Técnico pelo Programa SINAN (Sistema de Agravos de Notificação Compulsória) integrado à Vigilância Epidemiológica de Uberlândia/MG. E-mail:wbsantanna@hotmail.com

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.12

O termo Epidemiologia se refere à

[...] ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (Almeida; Rouquayrol, 1992, s.p.).

No início do século XX, houve as primeiras intervenções no campo da prevenção e controle de doenças, orientadas pelo avanço da era bacteriológica e pela descoberta dos ciclos epidemiológicos de algumas doenças infecciosas e parasitárias (Brasil, 2005).

A expressão vigilância epidemiológica passou a ser aplicada no controle das doenças transmissíveis na década de 50, no entanto, tratava-se de observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos,

com base em medidas de isolamento ou quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma coletiva (Brasil, 2005).

O Ministério da Saúde, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), através da Lei n.º 6.259 de 1975 e do Decreto n.º 78.231 de 1976 (Brasil, 1975; Brasil, 1976).

A Lei Federal n.º 8.080, de 19/09/1990, dispõe sobre a execução de ações de vigilância epidemiológica como uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) e define a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Brasil, 1990).

A vigilância epidemiológica de doenças e agravos constitui a essência da ação epidemiológica na saúde pública e para os programas de prevenção e controle. A observação contínua da ocorrência desses eventos em determinada população permite a análise da sua distribuição segundo pessoa, tempo e lugar, podendo levar à detecção de epidemias, bem como à análise de suas tendências (Brasil, 2009).

O conhecimento epidemiológico das doenças e agravos subsidia o planejamento em saúde. O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados que sirvam para subsidiar o processo de produção de informação para ação. A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado). É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados, para se constituírem em um poderoso instrumento – a informação – capaz de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações (Brasil, 2009).

Os Núcleos de Epidemiologia representam um grande avanço institucional para a qualidade e organização dos serviços, considerando sua capacidade potencial de vigilância e por proporcionarem a apropriação de informações suficientes e necessárias à decisão pelo gestor, repercutindo na execução de procedimentos assistenciais e ações de promoção, prevenção e controle (Mendes, 2004).

O óbito materno, infantil e fetal constituem importantes problemas de saúde pública e permanecem como um desafio. A rede de determinantes que envolve esse evento ilustra profundas desigualdades entre as regiões geográficas do país, que podem ser evidenciadas pelos indicadores de saúde e pela distribuição dos óbitos maternos, infantis e fetais nos diferentes grupos sociais que compõem a sociedade brasileira.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990, art. 7º), também destaca como um de seus princípios “a utilização da Epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”. Essa lei especifica diferentes aspectos da área de atuação da epidemiologia nos serviços de saúde, seja num aspecto mais geral, como forma de analisar a situação de saúde da população, até níveis mais específicos relativos às atividades de vigilância epidemiológica.

A Vigilância Epidemiológica compreende um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Brasil, 1990a, art. 6º, § 2º).

Entre as responsabilidades da vigilância epidemiológica, encontra-se a vigilância dos óbitos materno, infantil e fetal. Fatores determinantes e condicionantes de saúde O art. 3º da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990) explicita que a saúde tem entre seus fatores determinantes e condicionantes 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. E acrescenta que as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social também dizem respeito à saúde.

A redução da mortalidade materna e infantil foi definida pela ONU, em 2000, como um dos oito maiores problemas mundiais que deveriam ser enfrentados no limiar do novo milênio, com vistas à promoção do desenvolvimento social e humano e à superação das iniquidades entre regiões do globo e países. Esse evento ficou conhecido como “Cúpula do Milênio” e seus resultados como “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)”.

Novos dados mostram grandes retrocessos para a saúde materna em muitas partes do mundo, destacando grandes disparidades no acesso à saúde. Hemorragia, hipertensão, infecções relacionadas à gravidez, complicações de aborto inseguro e condições subjacentes como HIV/AIDS e malária são as principais causas de morte materna. Para melhorar a saúde materna, as barreiras que limitam o acesso a serviços de saúde materna de qualidade devem ser identificadas e abordadas tanto no nível do sistema de saúde quanto na sociedade. O conhecimento científico está disponível para prevenir a maioria das mortes maternas. Com 10 anos de ODS restantes, agora é a hora de intensificar os esforços coordenados e mobilizar e reavivar os compromissos globais, regionais, nacionais e comunitários para acabar com a mortalidade materna evitável (Fiocruz, 2023, p. 1).

As mulheres morrem como resultado de complicações durante e após a gravidez e o parto. A maioria dessas complicações se desenvolve durante a gravidez e é evitável ou tratável. Outras complicações podem existir antes da gravidez, mas são agravadas durante a gravidez, especialmente se não forem tratadas como parte dos cuidados da mulher. As principais complicações que representam quase 75% de todas as mortes maternas são: sangramento grave (principalmente sangramento após o parto); infecções (geralmente após o parto); hipertensão arterial durante a gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); complicações do parto; e aborto inseguro (Fiocruz, 2023).

Segundo a Fiocruz (2023), cerca de um terço das mulheres não faz nem quatro das oito consultas de pré-natal que são recomendadas ou recebe cuidados pós-natais essenciais, e aproximadamente 270 milhões de mulheres não têm acesso aos métodos modernos de planejamento reprodutivo. É muito importante para uma mulher em idade fértil, exercer o controle sobre a sua saúde reprodutiva, principalmente quando se trata da decisão sobre querer filhos e quando tê-los, por isso, é fundamental que se garanta que as mulheres possam planejar e espaçar as suas gestações, além de proteger a sua saúde.

As desigualdades relacionadas à raça, educação, etnia, renda ou educação aumentam ainda mais os riscos para mulheres grávidas marginalizadas e em situação de vulnerabilidade, com menos acesso aos cuidados essenciais de maternidade. Essas mulheres têm probabilidade maior de apresentar problemas de saúde subjacentes durante a gravidez (Fiocruz, 2023).

Os Comitês de Morte Materna são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo, com atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação mul-

tiprofissional, visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência.

Constituem-se como importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção. Embora municípios e instituições de saúde tenham autonomia para organizar Comitês de Morte Materna, é mais frequente que eles se estabeleçam a partir da formação do Comitê Estadual de Morte Materna (CEMM).

É imprescindível a organização de comitês hospitalares que representem um espaço para discussão entre os profissionais de saúde e gestores do hospital e que viabilize, por meio da reflexão e da análise crítica dos óbitos ocorridos no estabelecimento de saúde, a identificação das responsabilidades e de medidas para evitar novos óbitos. Esses comitês podem contribuir, sobremaneira, para o levantamento de dados nas instituições hospitalares.

Vale ressaltar que esta organização é requisito para funcionamento de maternidades que fazem parte do Programa de Gestação de Alto Risco e de Humanização do Pr e-natal e Nascimento do Ministério da Saúde e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Brasil, 1998/2000)

É de suma importância que as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e seus comitês atuem de forma articulada, buscando a superação de eventuais limitações, de forma a garantir o cumprimento de suas atribuições.

O Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal é um comitê multiprofissional e compõe a rede de cuidados maternos no Município de Uberlândia, estando lotado dentro da Vigilância Epidemiológica tem caráter técnico científico e educativo, atuando de forma investigativa, sigilosa e não punitiva. Todos os óbitos de criança menor de um ano e óbitos fetais são investigados por este comitê.

O Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal tem os instrumentos que são destinados pelo Ministério da Saúde, atuando na investigação das fichas de notificação, além da investigação domiciliar. A investigação hospitalar tem que ser preen-

chida, mas não são engessadas nas fichas, elas têm que existir para dar um parâmetro às investigações. É um “norte” do que realmente a equipe que atua no comitê precisa para ficar atento a todos os detalhes nelas presente.

O comitê não pode ser olhado só com o intuito de pegar um instrumento e fazer a investigação só em cima dele, indo muito além disso. Cita-se aqui a questão psicológica, social e territorial em que a pessoa está envolvida, onde diversos questionamentos devem ser feitos: O que acontece ali? O que pode ter levado a parte clínica realmente? Como é moradia dessa paciente? O que pode ter causado levado ao óbito daquela mulher ou daquela criança? A investigação tem que ir muito a fundo e não ficar somente na parte clínica patológica do que de fato aconteceu.

O serviço social desempenha um papel fundamental no combate à mortalidade materno-infantil, existindo na análise e intervenção das questões sociais que influenciam direta ou indiretamente os índices de mortalidade nesse contexto.

A mortalidade materno-infantil é uma instância interdisciplinar que tem como objetivo investigar as causas e propor estratégias para a redução dessas mortes, visando melhorar a saúde materno-infantil. O Serviço Social, como parte integrante desse comer, utiliza seus conhecimentos e técnicas para compreender as situações de vulnerabilidade social que podem levar à mortalidade materno-infantil.

Os profissionais do Serviço Social trabalham em conjunto com outros membros do comitê, como médicos, enfermeiros, epidemiologistas e representantes da sociedade civil, para analisar os casos de morte materno-infantil, identificar fatores de risco e propor ações de prevenção e intervenção.

O papel do serviço social no comitê de mortalidade materno-infantil inclui: Identificação dos determinantes sociais: desigualdade social, distinção de gênero e falta de políticas públicas voltadas para a saúde materno-infantil.

A partir da Declaração de Óbito (DO) é possível identificar eventos de interesse em saúde pública que escaparam aos demais mecanismos de busca ativa. É importante conhecer o fluxo de recebimento, distribuição e arquivo do documento no hospital para adaptar o mecanismo de busca.

A Portaria de Consolidação n.º 4, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), em seu Anexo V, do Capítulo I, que 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, são apresentadas as definições dos tipos de notificações no artigo 2º, nos incisos:

[...]

VI - Notificação compulsória: Comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - Notificação compulsória imediata (NCI): Notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - Notificação compulsória semanal (NCS): Notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - Notificação compulsória negativa: Comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificada nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória.

X - Vigilância sentinela: Modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2017, art. 2ª).

É necessária uma rotina de sensibilização dos profissionais de saúde dos mais diversos setores do hospital quanto à importância do registro das doenças e agravos de notificação compulsória a fim de que o trabalho da equipe de Vigilância Epidemiológica Hospitalar possa ser otimizado.

A investigação epidemiológica das DNC é efetuada a partir de fichas epidemiológicas de sistemas de informações oficiais sejam eles SINAN NET, SIVEP Gripe, Dengue Online, entre outros, sendo cada uma delas específicas para o agravo. A Notificação de Agravos Imediatos é realizada à vigilância epidemiológica do município pelo meio de comunicação mais rápido, seja ele por telefone, aplicativo de mensagens ou e-mail dentro das primeiras 24 horas da suspeita inicial. As fichas epidemiológicas são digitadas no banco do sistema de notificação específico, com transferência semanal do município para o estado e do estado para o ministério da saúde, conforme estabelecido no sistema de vigilância.

Praticamente todos os hospitais têm Serviço Social, cujas atribuições transpassam transversalmente toda a instituição. A interface com este serviço é estratégica para a realização de diversas ações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - NVEH, como por exemplo, a notificação e investigação de eventos de interesse em saúde pública, como violência, tentativa de suicídio, intoxicações exógenas podem ser realizadas em parceria. O atendimento a pacientes com hanseníase, tuberculose, Aids e outros agravos e eventos, que muitas vezes necessitam do atendimento do serviço social, e este pode notificar o caso para a equipe do NVEH.

O Comitê de Prevenção de Óbito Infantil/ Fetal e Materno tem caráter eminentemente educativo, envolvendo diversos setores do hospital, como: pediatria, neonatologia, terapia intensiva, obstetrícia, SCIH, NVEH, NSP. Conta com participação multiprofissional e tem a atribuição de identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis, fetais e maternos. Constitui importante instrumento de avaliação da assistência à saúde para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção, contribuindo para melhorar o conhecimento sobre os óbitos e a redução da mortalidade.

A investigação dos óbitos maternos contribui para a identificação do número real de óbitos maternos, à medida que permite a identificação daqueles que não foram informados corretamente e os que não tem declarações de óbitos registradas ou não entraram no Guia de Vigilância Epidemiológica do óbito. Proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências, permite a correção dos dados pessoais da falecida, a avaliação da atenção prestada a mulher em todos os níveis de complexidade e do preenchimento da declaração de óbito, sendo indispensável para a definição de intervenções voltadas para evitar novas mortes.

As Fichas para Investigação do Óbito Materno do Ministério da Saúde buscam padronizar o processo de vigilância epidemiológica do óbito materno. Apresentam em sua composição campos referentes à identificação do óbito, os dados pessoais da falecida, a história obstétrica, antecedentes pessoais, as críticas dos familiares ao atendimento, a história das internações, os dados da assistência (ao pré-natal, ao parto ou aborto, às urgências e emergências maternas, ao puerpério), as condições do recém nato e o laudo de

necropsia, quando for o caso. A análise de evitabilidade do óbito, a identificação de problemas e as intervenções necessárias são registradas na Ficha de Investigação do Óbito Materno – Síntese, Conclusões e Recomendações. Deve-se analisar a natureza do óbito (materno, materno tardio, não obstétrico, obstétrico direto, obstétrico indireto, não relacionado à gravidez, materno declarado ou não),

A Portaria GM n.º 1.172 (Brasil, 2004), de 15 de junho de 2004, preconiza que é atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna”, e dos Estados, “de forma complementar a atuação dos municípios”. Portanto, as secretarias de saúde devem identificar profissionais responsáveis pela vigilância de óbitos de referência do município e do estado. Salienta-se que os responsáveis pela vigilância de óbitos, identificados pelo gestor, tem um conceito amplo e flexível, adequado ao contexto local.

A equipe do município deve envolver os profissionais da assistência com a participação de profissionais da Equipe de Saúde da Família e da Atenção Básica, principalmente na realização da entrevista domiciliar e levantamento dos dados de prontuários ambulatoriais referentes à assistência em saúde sexual e reprodutiva, de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e atenção em saúde da criança e adolescente. De acordo com a historicidade e a realidade local, a equipe pode ser constituída pelo próprio Comitê Municipal.

Os critérios para Investigação do Óbito Infantil e Fetal, considerando-se as prioridades para a redução da mortalidade infantil e perinatal e os óbitos com maior potencial de prevenção são: • Pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida). • Neonatais (0 a 27 dias de vida) • Fetais (natimortos) • Óbitos ocorridos em domicílio. Considerando-se o critério de investigação dos óbitos com maior potencial de prevenção, podem ser excluídos os óbitos por malformação congênita grave/complexa/letal.

O Serviço Social desempenha um papel fundamental no combate à mortalidade materno-infantil, existindo na análise e intervenção das questões sociais que influenciam direta ou indiretamente os índices de mortalidade nesse contexto.

A mortalidade materno-infantil é uma instância interdisciplinar que tem como objetivo investigar as causas e propor estratégias para a redução dessas mortes, visando

melhorar a saúde materno-infantil.

O Serviço Social como parte integrante utiliza seus conhecimentos e técnicas para compreender as situações de vulnerabilidade social que podem levar à mortalidade materno-infantil.

Os profissionais de serviço social trabalham em conjunto com outros membros do comitê, como médicos, enfermeiros, epidemiologistas e representantes da sociedade civil, para analisar os casos de morte materno-infantil, identificar fatores de risco e propor ações de prevenção e intervenção.

O serviço social de mortalidade materno-infantil é uma área específica do Serviço Social que busca entender e intervir nas causas e condições que levam à morte de mulheres grávidas ou no período pós-parto, bem como de recém-nascidos. Essa área de atuação tem como objetivo principal prevenir essas mortes, promovendo a saúde e garantindo os direitos dessas gestantes e seus bebês.

O Serviço Social atua tanto nas unidades de saúde, em hospitais e postos de saúde, como também em instituições governamentais e não governamentais que trabalham na área da saúde materno-infantil. O assistente social que atua nesse campo é responsável por realizar um diagnóstico da situação dessas mulheres e bebês, identificando fatores de risco, vulnerabilidades sociais e obstáculos ao acesso aos serviços de saúde.

Além disso, o assistente social realiza ações de prevenção e promoção da saúde, por meio de orientações e educação em saúde, encaminhamentos para outros serviços e articulação de redes de apoio.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia moderna**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; Salvador: APCE Produtos do Conhecimento; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Tendências na Mortalidade Materna 2000-2020**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 08 mar. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020/>.

MENDES, M. F. M. *et al.* Núcleos de epidemiologia em hospitais de alta complexidade da rede pública de saúde situados no Recife, Pernambuco: avaliação da implantação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 4, p. 435-47, out./dez., 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292004000400013>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fernando Lopes

Graduação em Comunicação Social com Habilitação em Jornalismo, pela PUC Minas; Especialização em Mídias e Educação pela FACED/UFU; Mestrado em Estudos Literários pela ILEEL/UFU. É servidor público na Prefeitura Municipal de Uberlândia. E-mail: fernandolopes08@gmail.com.

Jaqueline Teixeira Paiva

Graduação em Serviço Social; Mestrado em Psicologia Aplicada pela Universidade Federal de Uberlândia - UFU; Especialização em Apoio Institucional em Saúde pela UNICAMP, e Gestão em Políticas Públicas pela PUC Minas; Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Atualmente, atua na Atenção Básica, Programa de Saúde Mental, Prefeitura Municipal de Uberlândia em Uberlândia-MG. E-mail: jaquelinepaivassocial@gmail.com

DOI: 10.47573/aya.5379.2.243.13

Se pudéssemos escolher uma palavra do que essa obra pretende mobilizar em nós, seus leitores, a palavra seria movimento. Movimentar, na perspectiva de deslocar-se, contar, recontar histórias que acontecem no chão da vida, nas comunidades e nos espaços do SUS. O fio condutor desta narrativa é a observação da práxis profissional das Assistentes Sociais, nas diversas frentes de trabalho da Secretaria de Saúde de Uberlândia, no vínculo com a população, compondo equipes interdisciplinares e espaços de gestão estratégica. E, a partir daí, promover contínuas elaborações de um trabalho em constante movimento, atento às demandas da população frente às transformações societárias de cada momento histórico.

Este livro apresentou o compilado da atuação das assistentes sociais nos diversos serviços públicos de saúde da cidade de Uberlândia. A relevância desta discussão decorre da necessidade de oferecer serviços de saúde pública de qualidade à população. Propósito, este, que se concretiza quando refletimos sobre nossas práticas, ciente dos decoros da memória e igualmente comprometidos em aperfeiçoar as competências profissionais para melhor atender as necessidades dos cidadãos em sua integralidade.

Ao discorrer sobre os temas propostos em cada capítulo, os autores propuseram ir além da enumeração de habilidades profissionais desejáveis às assistentes sociais no exercício de sua profissão. Propôs-se um olhar ao território. A ideia de comunidade, de coletividade, cenário que se constitui o solo de produção e reprodução da vida cotidiana. Neste espaço também se inserem as relações proeminentes do Serviço Social.

E, para acessar o coletivo da categoria profissional dos Assistentes sociais, é urgente e necessária a retomada da perspectiva de coletividade, enquanto processo de construção social, projeto de comunidade, estruturantes da lógica de produção do cuidado no SUS, bem como a razão de ser da própria profissão, a construção de uma nova ordem societária, como resposta e enfrentamento às expressões da questão social, complexamente potencializadas em aspectos quantitativos e qualitativos em tempos pós-pandêmicos.

Cada lugar possui especificidades decorrentes da sua história, da necessidade do seu povo e da cultura compartilhada por seus componentes. No que se refere a cidade de Uberlândia, nos primórdios da urbanização, o povoado formado em torno de uma capela no idos século XIX, antes território indígena dos povos Kayapó e Krenak, hoje cede espaço a cidade promissora em oportunidades de trabalho, polo de produção agrícola, do comércio varejista, atacadista, de estoque de grãos, possui significativo polo universitário e um dos maiores entroncamentos rodoviários do país, haja vista sua localização geográfica privilegiada na perspectiva logística . O crescimento populacional de uma cidade exige esforços na qualificação dos serviços de saúde e, igualmente, mobiliza a atuação do Serviço Social em diversas frentes de trabalho.

Neste contexto, a criação da Secretaria Municipal de Saúde corrobora a necessidade de elaborar e executar ações mais expressivas em saúde, em consonância aos preceitos constitucionais (1988) e prerrogativas do SUS, organizando o serviço em bases territoriais, à medida que se constata os movimentos demográficos, no decorrer dos anos. Junto ao crescimento populacional, emergiu a necessidade de conceber ações em saúde na sua totalidade, próximo ao território onde o indivíduo vive e valer-se de estrutura operacional para atender as demandas.

Sobre o histórico do Serviço Social em Uberlândia, se remonta como uma categoria fundamentalmente importante no processo de instituição das políticas públicas sociais, pensando na expansão e transformação da cidade, conseqüentemente, das demandas da população expressas nas mais variadas formas de sofrimento e privações de toda ordem, enquanto expressões da desigualdade social. Tais demandas apresentam-se multifacetada complexidade no cotidiano profissional da Assistente Social, e, dita então, o planejamento,

programas, projetos e monitoramento das ações voltadas à produzir respostas, acolhimento, cuidado e enfrentamento a tais questões.

Sem a pretensão de esgotar as nuances das análises possíveis em torno da política pública de saúde, com o alicerce da teoria social crítica que norteia a formação profissional das Assistentes Sociais, narramos o cotidiano profissional em diferentes espaços sócio-ocupacionais como um convite à reflexão crítica, estrategicamente afetada, e à reafirmação do Projeto ético-político profissional do Serviço Social.

Isto posto, o município de Uberlândia conta com a Atenção Primária, porta de entrada preferencial de atendimento à saúde do cidadão, representada por unidades instaladas nas proximidades de onde as famílias residem. As unidades de saúde que a compõem oferecem fluxo contínuo de cuidados à saúde dos indivíduos por meio de equipe multidisciplinar. Destarte, os assistentes sociais desempenham papel fundamental junto às equipes de Saúde da Família.

A APS enquanto ordenadora da RAS é o lócus primordial de investimento e fortalecimento do cuidado, sustentado pela lógica longitudinal, horizontal e territorial, em que o vínculo expressa a potencialidade de construção contínua de transformações sociais, também permite que os demais pontos da RAS consigam realizar suas atribuições, igualmente relevantes à saúde da população, superando a lógica hospitalocêntrica e mediconcentrista ainda presentes nos dias atuais.

Nesse sentido, a integralidade dos cuidados ao indivíduo requer atenção profissional a complexidade da assistência prestada, devendo abranger a sua saúde física e mental, os aspectos sociais e econômicos, o trabalho e a família que o indivíduo está inserido. Por vezes, o cidadão precisa de níveis diferentes de atenção à saúde condicionados às suas necessidades pessoais. A singularidade destes cuidados à saúde, ocorre por meio das redes de atenção à saúde: Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

No que se refere à atenção prestada em casos de urgência e emergência, tão

importante como ampliar o acesso à saúde, é oferecer atendimento humanizado nos pronto-atendimentos e na rede hospitalar do município. Denota este cuidado, os atendimentos dispensados às gestantes, a articulação dos profissionais do serviço social com a equipe multidisciplinar, qualificando a assistência e compreendendo os aspectos sociais e a saúde integral das pacientes. Compreender a dinâmica social em que o cidadão está envolvido, contribui para o controle das doenças, mas também permite mapear e adotar ações de prevenção e controle a situações de agravo.

Dessa maneira, percorremos a revisão integrativa sobre as notificações dos casos de violência no cotidiano profissional das Assistentes Sociais no SUS, denotando uma questão central da saúde pública, enquanto acentuada consequência da desigualdade social, recuperando a relevância de compreender a violência enquanto um fenômeno complexo, multifatorial, estrutural e resultante das relações de desigualdade social, convocando a necessidade inegociável do trabalho interdisciplinar, intersetorial e integral com as demais políticas públicas sociais.

Tal contexto reafirmou a imprescindibilidade do conhecimento epidemiológico do território, que se constitui uma medida plausível de prevenção e controle das doenças, permitindo mapear situações de vulnerabilidade. Os indicadores em saúde revelam fatores que determinam e condicionam a saúde e, em contrapartida, subsidia ações de intervenção no território. Os assistentes sociais têm contribuído como parte integrante da Vigilância Epidemiológica, como exemplo a atuação do Comitê de mortalidade materno-infantil que considera os determinantes sociais que influenciam e até podem levar à mortalidade.

E para refletir sobre a importância de construir os estudos epidemiológicos, planejamento, monitoramento e constantes investimentos na área do ensino, pesquisa e ciência, convocando o leitor a caminhar conosco nesse recorte histórico dos tempos pandêmicos, pensando nos trabalhadores que compõe com seus corpos a linha de frente no enfrentamento desse momento extremo. A narrativa que versa esses dois capítulos sobre os trabalhadores, dá contornos a este livro contando sobre a experiência de uma radicalidade humana em atravessar esses tempos pandêmicos com os corpos, afetos, toda a complexidade e profundidade humana, e ainda assim produzir cuidado e, sobretudo, cuidar daque-

les que, então colocam-se por escolha e/ou necessidade, nessa posição, trabalhadores que constroem o SUS cotidianamente, na insistente e teimosa “mania em ter fé na vida”.

Com isso, anuncia a temática que ganhou outra envergadura nesse momento histórico, a saúde mental. Nessa etapa fica explícito o quão vivo é o SUS nas suas movimentações e redimensionamentos organizativos, institucionais e práticos, aqui conta-se sobre o cotidiano profissional interdisciplinar em que também se inserem as Assistentes Sociais. Num contexto, frente à mais grave crise sanitária, humanitária, política, econômica e social na história desse país.

Esses enfrentamentos durante a pandemia com incontáveis perdas e desdobramentos, inclusive para os dias atuais, tornam evidentes o quão imprescindível é o SUS, uma das maiores conquistas democráticas e sociais brasileiras, haja vista que diante de um cenário tão extremo, com um amontoado de mais de 700 mil mortes, e tantas outras consequências de toda ordem, em destaque a saúde mental, sem o SUS e seu alicerce de trabalhadores, as proporções seriam demasiadamente mais catastróficas.

Por fim, depois de percorrer tantos cenários, situações, história, construções, memória e afetos, o desfecho entoado pelos desafios e potencialidades, não é, se não, a tentativa com a delicadeza poética, ética e política, de pelos olhos, cheiros, afetos e concretude de vidas reais, é que a senhora Elza, e sua família-comunidade, contam de si, das relações, da vida cotidiana enredadas no chão do SUS.

Neste derradeiro capítulo fica evidente a necessidade do trabalho em rede, da formação continuada por meio da política de educação permanente, e, sobretudo, da reafirmação do projeto ético-político profissional do Serviço Social, de lugar poético, tecnicamente qualificado, que no encontro com o outro, o sujeito de direitos, ousa afetar-se, escutar, acolher, e defender de maneira intransigente à vida, à liberdade, os direitos humanos e a justiça social.

Estas considerações nada finais, são deveras um convite, para continuarmos essa conversa, seja na constante construção dessa rede, e também na escrita dessas experiências, para registrar, recontar e publicar e compartilhar com os pares, com a comunidade, os estudantes, como o presente trabalho que envolveu um coletivo de mãos, olhares cuidado-

sos, articulação, escuta e compromisso.

Para você, leitores, como essas escritas da vida vos chegam? Como te mobilizam e provocam? Como, depois desse nosso encontro, a sua *práxis* pode ser cada vez mais transformativa, propositiva, emancipatória e equânime?

Se possível fosse, na cadência das palavras que percorreram essas páginas, como quem dá as mãos e diz: venham percorrer esse SUS conosco, em rede! O SUS e o cuidado em saúde, não se faz só!

Por uma prática ético-política, poética, afetiva e criativa, pelas lentes e mãos, plurais, diversas e representativas, que reuniram trabalhadores, gestores, e comunidade que habitam esse espaço tão potente e desafiador que ousa cuidar de vidas, comunidades e territórios, promovendo a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Organizadoras

Bruna Domingos Peres

Graduação em Pedagogia pela Universidade Federal de Uberlândia. Especialização em Educação Infantil e Educação Digital. Mestranda em Saúde Coletiva pela UFU. Servidora Pública da Prefeitura Municipal de Uberlândia atuando como pedagoga. E-mail: brunadperes@hotmail.com.

Eleusa Rezende Costa Pereira Lima

Graduação em Serviço Social na FASSU; Especialização em Administração Pública Municipal na UFU. Atuando como Coordenadora do Programa de Serviço Social na Prefeitura Municipal de Uberlândia desde 1990. eleusawilson@yahoo.com.br.

Telma Cardoso de Sá Abreu Moreira

Graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Uberlândia (2006) E Especialização em Planejamento Orçamentário e Financiamento do SUS Municipal pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, PUC Minas. Atua na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG desde 1995, com experiência em levantamento de dados estatísticos, Programa Epiinfo, TABWIN, busca ativa, atendimento à população usuária do SUS, área administrativa, gestão de recursos humanos, entre outras áreas pertinentes à Administração Pública Municipal..

Thays Peres Brandão

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia; Especialização em Gestão Escolar integradora pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais; Especialização em Saúde do Trabalhador pela Uninter. Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: thaystpb24@gmail.com.

Índice Remissivo

A

agentes de saúde 12, 25
alimentação 50, 64, 110
APS 11, 26, 27, 28, 29, 30, 53, 54, 55, 56, 69, 105, 121
atendimento 9, 10, 11, 12, 21, 24, 25, 29, 30, 31, 39,
40, 43, 44, 47, 52, 54, 55, 56, 71, 83, 97, 98, 102, 103,
115, 121, 122, 125

C

colaboração 21, 28
compromisso 14, 31, 64, 68, 124
comunicação 12, 30, 31, 40, 41, 47, 71, 76, 88, 105,
114
coordenação 23, 28, 35, 102, 105
cuidado 12, 23, 26, 38, 40, 43, 47, 57, 60, 61, 62, 63,
64, 65, 66, 67, 68, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 83, 85, 89,
91, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 120,
121, 122, 124
cuidados básicos 64
cultura 20, 31, 51, 61, 65, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79,
84, 104, 120

D

desafios 9, 35, 37, 40, 62, 63, 67, 85, 86, 87, 88, 90,
91, 94, 123
desenvolvimento 9, 21, 22, 37, 40, 45, 50, 54, 61, 69,
73, 74, 75, 92, 96, 110
direitos 9, 10, 11, 14, 32, 38, 39, 50, 51, 52, 55, 56, 57,
58, 59, 60, 63, 64, 65, 83, 92, 98, 117, 123
direto 31, 52, 116

E

empatia 41, 43, 45, 71
equipe 9, 12, 13, 24, 25, 39, 40, 42, 50, 54, 55, 56, 57,
60, 64, 65, 72, 73, 74, 77, 79, 80, 97, 98, 99, 100, 105,
113, 114, 115, 116, 121, 122
equipes 32, 34, 54, 60, 62, 65, 66, 68, 76, 98, 99, 100,
119, 121
escolar 19, 28, 63
estrutura 11, 21, 91, 105, 120
ética 9, 10, 14, 26, 38, 42, 46, 58, 123

F

família 17, 24, 25, 29, 50, 55, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 87,
88, 90, 99, 106, 121, 123
familiares 13, 56, 62, 70, 85, 91, 99, 100, 115

famílias 9, 17, 54, 55, 56, 65, 121
física 11, 70, 78, 84, 91, 121
fome 62
formação 14, 15, 16, 38, 49, 50, 52, 53, 57, 58, 61, 68,
82, 89, 90, 92, 93, 112, 121, 123

G

gestão 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 33,
34, 35, 46, 51, 52, 53, 60, 61, 84, 87, 90, 94, 102, 103,
104, 106, 112, 119, 125
governo 23, 48

H

hospitalar 12, 27, 39, 41, 45, 47, 58, 97, 98, 99, 102,
103, 105, 112, 122
humanização 10, 12, 26, 35, 37, 38, 39, 43, 46, 47, 98
humano 11, 14, 37, 51, 110

I

identidade 16, 77
igualdade 50, 51
indígenas 17
individual 12, 43, 53, 71, 78, 80, 109, 110
indivíduo 49, 60, 74, 75, 77, 84, 105, 106, 120, 121
indivíduos 9, 52, 55, 61, 77, 88, 102, 121
injustiça 49
insegurança 63

J

justiça 50, 63, 123

M

maternidade 25, 50, 96, 111
medicina 21, 50, 61
mental 11, 28, 55, 64, 65, 70, 71, 72, 75, 77, 81, 84,
104, 107, 110, 121, 123

P

pacientes 12, 13, 24, 32, 38, 41, 42, 45, 56, 57, 70, 72,
77, 115, 122
pandemia 29, 38, 39, 41, 42, 45, 66, 70, 75, 77, 78, 79,
123
pessoas 41, 42, 43, 45, 46, 54, 60, 61, 64, 65, 66, 70,
72, 73, 78, 79, 103, 104, 107, 110
política 10, 13, 21, 22, 23, 38, 47, 50, 51, 57, 62, 65,
77, 87, 92, 121, 123, 124

prevenção 9, 12, 13, 24, 25, 26, 28, 41, 46, 53, 60, 61, 80, 82, 84, 85, 88, 90, 92, 105, 108, 109, 110, 113, 116, 117, 122
produção 16, 62, 64, 68, 72, 74, 75, 105, 109, 119, 120
profissão 9, 13, 14, 15, 16, 38, 48, 49, 51, 58, 59, 69, 119, 120
profissionais 9, 13, 14, 25, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 62, 65, 66, 70, 71, 75, 77, 79, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 98, 99, 102, 103, 112, 113, 114, 116, 117, 119, 122
profissional 9, 12, 13, 14, 15, 32, 33, 34, 35, 38, 44, 49, 50, 52, 53, 57, 58, 60, 63, 67, 68, 69, 72, 75, 78, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 119, 120, 121, 122, 123
proteção 15, 23, 50, 54, 60, 63, 64, 66, 71, 84, 88, 90, 99

R

RAS 11, 26, 27, 28, 60, 102, 103, 105, 121
rede municipal 13, 35
risco 34, 50, 55, 57, 70, 97, 98, 100, 104, 113, 117

S

saúde 2, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124
saúde da família 25, 29
saúde pública 10, 22, 23, 31, 50, 51, 61, 70, 80, 83, 93, 94, 109, 110, 113, 114, 115, 119, 122
segurança 50, 87
serviço de saúde 22, 34, 80, 82, 83, 85
serviços 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 37, 38, 39, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 60, 61, 67, 83, 84, 87, 89, 90, 92, 93, 95, 97, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 110, 111, 114, 117, 119, 120
Serviço Social 9, 10, 13, 14, 15, 16, 19, 27, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 68, 69, 70, 72, 82, 85, 94, 96, 98, 113, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 123, 125
sociais 10, 12, 15, 16, 26, 28, 32, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 67, 68, 69, 72, 76, 79, 83, 85, 92, 100, 110, 113, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123

social 2, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 23, 28, 33, 35, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 78, 79, 84, 88, 91, 93, 99, 100, 106, 110, 113, 115, 117, 120, 121, 122, 123

SUS 10, 11, 14, 15, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 38, 41, 47, 48, 51, 53, 60, 61, 62, 64, 67, 68, 70, 73, 77, 78, 81, 82, 83, 84, 85, 90, 92, 96, 101, 106, 107, 109, 119, 120, 122, 123, 124, 125

T

tecnológica 11, 22, 51

trabalho 9, 10, 11, 14, 15, 24, 30, 35, 40, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 77, 79, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 96, 110, 114, 119, 120, 121, 122, 123

tratamento 25, 56, 60, 61, 64, 73, 102, 105

U

UBS 12, 32, 33

UPA 25

V

vida 11, 13, 14, 16, 17, 26, 27, 28, 42, 46, 53, 55, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 72, 74, 93, 96, 97, 116, 119, 123, 124

vigilância 13, 22, 35, 60, 90, 108, 109, 110, 114, 115, 116

vivência 16



AYA EDITORA
2023